

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 120

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET VÉNÉRIENNES
DE L'ANTIQUAILLE

L A
TUBERCULOSE VERRUQUEUSE
DE LA PEAU
ET
DES MUQUEUSES DERMO-PAPILLAIRES

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Juin 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry MOUTOT

Né le 15 Juin 1880, à Saint Étienne (Loire),

Interne des Hôpitaux de Lyon,

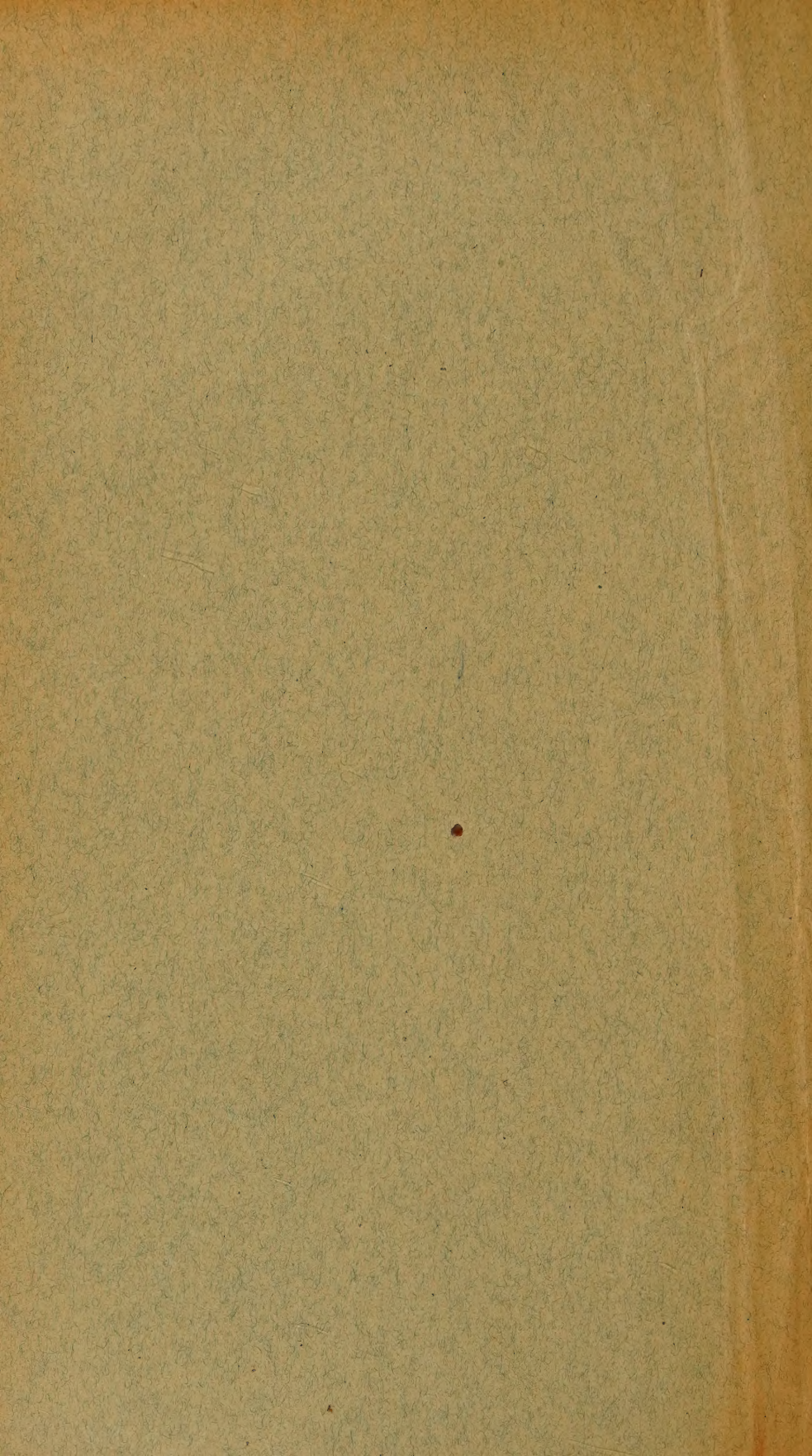
Diplômé du Certificat d'hygiène de l'Université de Lyon,
Diplôme du Certificat d'études de Dermatologie et Vénérologie
de la Faculté de Médecine de Paris.



LYON

A. REY & C^o, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1907



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 420

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET VÉNÉRIENNES
DE L'ANTIQUAILLE

LA

TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DE LA PEAU

ET

DES MUQUEUSES DERMO-PAPILLAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Juin 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry MOUTOT

Né le 15 Juin 1880, à Saint-Étienne (Loire),

Interne des Hôpitaux de Lyon,

Diplômé du Certificat d'hygiène de l'Université de Lyon,

Diplôme du Certificat d'études de Dermatologie et Vénérologie
de la Faculté de Médecine de Paris.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales.	BONDET
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY
Clinique des maladies mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS
Physique médicale.	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique.	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	X.
Parasitologie.	HUGOUNENQ
Anatomie.	CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE,
Physiologie.	GILIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire.	TEISSIER
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET
Médecine légale.	TRIPPIER
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING
Pharmacologie.	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	SOULIER
	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe.	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	BÉRARD	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.	DEVIC,	—
Hygiène administrative.	ROUX.	—
Thérapeutique générale.	COLLET	—
Accouchements.	COMMANDEUR	—
Matière médicale.	MOREAU	—
Embryologie.	REGAUD	—
Anatomie topographique.	ANCEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SAMBUC	REGAUD	NEVEU-LEMAIRE
BARRAL	BORDIER	CAUSSE,	PATEL
PIC	COURMONT (P.)	ANCEL	J. LÉPINE Ch...
PAVIOT	CHATIN	COMMANDEUR	PLAUCHU, Ch...
NOVÉ-JOSSERAND	VILLARD	GAYET	
BERARD	TIXIER	MOREL	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, Président; ROLLET, Assesseur;

MM. ROCHET et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

Sur un cas de pleurésie purulente double consécutive à une pneumonie double. Traitement par des ponctions répétées, guérison (Avec M. NORDMANN, *Lyon médical*, 4 février 1906).

Contribution à la thèse de M. P. GUICHARD, *de la pleurésie purulente double et principalement de la pleurésie purulente double à pneumocoques*, Lyon 1906.

Pyopneumothorax, pleurotomie, pleuroscopie. Guérison (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 25 avril 1906; *Lyon médical*, 17 juin 1906).

Ichtyose congénitale et hétérotaxie viscérale totale (*Société des sciences médicales de Lyon*, 13 avril 1903; *Lyon médical*, t. I, 1903).

Possibilité d'un sycosis parasitaire greffé sur un chancre du menton (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 13 juin 1906; *Lyon médical*, 2 septembre 1906).

Etude de la symbiose fuso-spirillaire dans onze cas de lésions ulcéreuses bucco-pharyngiennes (*Lyon médical*, 28 octobre 1906).

Travaux de la clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille.

Sur deux cas de coexistence de lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes (Avec M. le professeur NICOLAS, *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 21 novembre 1905; *Lyon médical*, 10 décembre 1905).

Sur la coexistence des lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes (*Revue générale. Bulletin médical*, 17 février 1906).

Sur la coexistence des lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes (Thèse Paul DUBOIS, Lyon, 11 juillet 1906; thèse inspirée sur le sujet précédent).

La syphilis. Les recherches expérimentales récentes (Leçon de M. le professeur NICOLAS, recueillie et rédigée pour la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 10 décembre 1905).

Chancres syphilitiques extra-génitaux multiples. Chancres du menton et de la voûte palatine (Avec M. le professeur NICOLAS. *Société des Sciences médicales de Lyon*, 7 mars 1906, *Lyon médical*, 29 avril 1906).

Statistique des chancres extra-génitaux céphaliques observés dans le service de M. le professeur NICOLAS, à la clinique des maladies cutanées et vénériennes de Lyon, leurs particularités (In thèse GUYON, Lyon 1907, *Contribution à l'étude des chancres du menton*).

Syphilis secondaire et ulcérations de la voûte palatine et des amygdales avec symbiose fuso-spirillaire (Avec M. le professeur NICOLAS. *Société des Sciences médicales de Lyon*, 2 mai 1906; *Lyon médical*, 23 juin 1906).

Nouveau cas de vaste ulcération gommeuse syphilitique en relation avec une arthrite ancienne du genou (Avec M. le professeur NICOLAS. *Société des Sciences médicales de Lyon*, 16 mai 1906; *Lyon médical*, 22 juillet 1906.)

La syphilis héréditaire (Leçon de M. le professeur NICOLAS, recueillie et rédigée pour la *Province médicale*, 23 mars 1907).

L'hermophényl en injections dans le traitement de la syphilis (Avec M. PETITJEAN, *Annales des maladies vénériennes*, avril, mai 1907).

Syphilis secondaire maligne précoce : doigts hippocratiques (Avec M. le professeur NICOLAS. *Société des Sciences médicales de Lyon*, mars 1907; *Lyon médical*, juin 1907).

Sur un cas de sycosis trichophytique à forme de kerion Celsi (Avec M. le professeur NICOLAS. *Société des Sciences médicales de Lyon*, 28 mars 1906; *Lyon médical*, 3 juin 1906).

Tuberculose verruqueuse du cou de pied droit d'origine bovine probable (Avec M. le professeur NICOLAS. *Société médicale des Hôpitaux*, 22 janvier 1907; *Lyon médical*, 24 février 1907).

Tuberculose verruqueuse étendue du cou-de-pied : excision, greffes d'Ollier-Thiersch, guérison (Avec M. le professeur NICOLAS et M. DURAND. *Société médicale des Hôpitaux*, 16 mai 1907; *Lyon médical*, 1907.)

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie de tout cœur ce travail, faible témoignage de ma plus tendre affection et de ma plus profonde reconnaissance.

A MA SŒUR. — A MON BEAU-FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale.

A MM. LES D^{RS} GALLAVARDIN ET BONNET

Médecins des Hôpitaux de Lyon

Je les unis dans un même sentiment de vive gratitude pour les soins si dévoués qu'ils nous ont prodigués dans de douloureuses circonstances.

A Mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOSEPH NICOLAS

Professeur de la Clinique des Maladies cutanées et vénériennes,

Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Depuis deux ans, où pour la première fois nous avons eu l'honneur d'être son interne, il est pour nous le Maître; nous lui gardons la plus grande reconnaissance du sympathique accueil qu'il nous a fait, et de la bienveillance avec laquelle il a dirigé nos études dermatologiques.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Pendant deux années d'Externat et quatre années d'Internat

M. LE PROFESSEUR - AGRÉGÉ NOVÉ - JOSSERAND, Charité,
1900-1901.

M. LE PROFESSEUR JABOULAY, Hôtel-Dieu, 1901.

M. LE PROFESSEUR LÉPINE, Hôtel-Dieu, 1901-1902.

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ ROQUE, Hôtel-Dieu, 1902.

M. LE DOCTEUR BARJON, médecin des Hôpitaux, Longchêne,
1902.

M. LE DOCTEUR GALLAVARDIN, médecin des Hôpitaux, Long-
chêne, 1903.

M. LE DOCTEUR RABOT, médecin des Hôpitaux, 1903, *in me-
moriam*.

M. LE DOCTEUR LYONNET, médecin des Hôpitaux, St-Pothin,
1905.

M. LE PROFESSEUR J. NICOLAS, clinique de l'Antiquaille,
1905-1906, 1906-1907.

M. LE DOCTEUR BONNET, médecin des Hôpitaux, Chazeaux, 1906

M. LE PROFESSEUR ROCHET, Antiquaille, 1907.

M. LE DOCTEUR VIDAL, d'Hyères, médecin de l'Hôpital Renée
Sabran, Giens.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE LYON

M. LE PROFESSEUR ARLOING

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ P. COURMONT.

Qui nous ont enseigné la médecine expérimentale et la bactériologie.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

Je remercie, ici, tous les Médecins de l'Hôpital Saint-Louis qui, soit à la consultation, soit dans leur service, m'ont toujours bienveillamment reçu. Je suis tout particulièrement reconnaissant à M. le Professeur GAUCHER et à M. le Dr HALLOPEAU de leur sympathique et flatteur accueil. Je remercie M. le Dr MORESTIN de l'amabilité qu'il a mise à nous communiquer des documents.

A mon Maître et Ami

M. LE DOCTEUR FAVRE, Chef de Clinique.

*Que j'ai connu et appris à apprécier à la
Clinique de l'Antiquaille.*

INTRODUCTION

Alors que chacun s'efforce d'apporter une contribution personnelle à la question, encore si embrouillée, des tuberculoses cutanées atypiques, reprendre en une étude générale la tuberculose verruqueuse peut sembler superflu. Elle paraît la mieux connue de toutes les tuberculoses cutanées, son histoire semble définitive après les travaux suscités par la publication du mémoire de Riehl et Paltauf. La nature tuberculeuse de cette affection était admise déjà antérieurement, d'après l'observation clinique ou les recherches histologiques, ainsi qu'en font foi les appellations de scrofulide verruqueuse ou de lupus verruqueux, lupus scléreux. Elle fut démontrée bactériologiquement par ces auteurs. L'inoculation externe, primitive, la plus fréquente, se trouvait indiquée. Les nombreuses études qui suivirent précisèrent les multiples conditions étiologiques, les lésions histologiques et les particularités cliniques de la tuberculose verruqueuse. Elles montrèrent que celle-ci n'est qu'une forme de lupus vulgaire, qu'elle est identique au lupus scléreux de Vidal, et que le tubercule anatomique doit définitivement en être rapproché. Aussi, depuis une douzaine d'années, la tuberculose verruqueuse a conquis droit de cité et se

trouve décrite dans les traités classiques tant de dermatologie que de pathologie médicale ou chirurgicale. Dès lors pourquoi revenir sur son étude?

Un mot, qui fait fortune, ne conserve pas toujours le sens primitif que lui a attribué son auteur. Il en est ainsi de la « tuberculose verruqueuse » de Riehl et Paltauf. Lors des premières études, à la suite de ces auteurs, l'on a compris sous cette dénomination une entité nosologique de tuberculose cutanée parfaitement définie par son étiologie, inoculation exogène primitive, par son aspect clinique verruqueux corné, avec abcès miliaires et regression cicatricielle, par son pronostic bénin, par ses formules histologiques avec localisation exclusive des lésions dans le corps papillaire, et bactériologique avec grande abondance de bacilles. Dans la suite il fut reconnu qu'aucun de ces critères n'était certain et ne pouvait permettre de maintenir l'autonomie de la forme isolée par Riehl et Paltauf. De l'ensemble des travaux publiés nous croyons pouvoir dire que l'on entend actuellement sous le nom de tuberculose verruqueuse un *syndrome* clinique objectif et histologique traduisant une hypertrophie épidermo-papillaire due au bacille de Koch colonisant dans les parties superficielles du derme.

Toutefois, dans ce groupe des tuberculoses cutanées verruqueuses, les formes d'inoculation exogène primitive conservent tout leur intérêt. Elles comprennent le tubercule anatomique, une grande partie des lupus séleux de Vidal et Leloir, et la tuberculose verruqueuse, telle que la concevaient Riehl et Paltauf. Elles tirent toute leur importance de ce fait qu'elles consti-

tuent une inoculation tuberculeuse directe de la peau de l'homme, déterminant ainsi un premier foyer tuberculeux local, mais susceptible de donner des généralisations viscérales. *Démontrer la fréquence de ces généralisations et par suite la gravité de la tuberculose verruqueuse primitive, tel sera le but de ce travail. Comme conséquence pratique, immédiate, il s'en déduira la nécessité d'un traitement précoce, rapide, et vraiment curatif : l'exérèse chirurgicale, qui seule peut réunir toutes ces conditions.*

L'idée première de ce travail revient à notre maître, Monsieur le professeur J. NICOLAS, professeur de la Clinique de maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille. Elle nous a été confiée à l'occasion de six cas de tubercule anatomique ou tuberculose verruqueuse, que nous avons pu suivre dans son service, pendant deux semestres d'internat. Nous l'en remercions sincèrement ; une étude générale de la tuberculose verruqueuse nous a vivement intéressé ; nous avons été heureux de nous faire une opinion personnelle sur la gravité du pronostic de cette affection, celles des divers auteurs étant si différentes suivant les uns ou les autres. Nous méfiant de notre propre impression, nous avons impartialement dépouillé les documents. Comme nous l'avions entendu enseigner à notre maître au lit du malade nous en sommes arrivés à conclure à la gravité des formes verruqueuses inoculées primitives et à la nécessité du traitement chirurgical, le traitement de choix.

Nous remercions respectueusement M. le Professeur ROLLET, professeur de la clinique d'ophtalmolo-

gie, notre maître M. le professeur ROCHET, chargé du cours des maladies des voies urinaires, chirurgien major de l'Antiquaille, M. le professeur agrégé PAVIOT. Ils ont bien voulu nous faire l'honneur de s'intéresser à notre travail, et accepter de faire partie de notre jury.

Nous devons à la compétence histologique connue de M. le docteur FAVRE, chef de clinique à l'Antiquaille, nos examens histologiques; son aide nous a d'ailleurs été précieuse pour tout le chapitre d'anatomie pathologique; nous le remercions vivement.

Nous sommes reconnaissant à M. le docteur BONNET, à M. le docteur ROCHET de nous avoir permis de rapporter chacun une observation recueillie par nous, au cours de notre semestre d'internat dans leur service.

Nous devons deux observations inédites à M. le docteur TIXIER, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, quatre à M. le docteur MORESTIN, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux de Paris, une à notre ami M. le docteur FROMENT, moniteur de clinique; nous les remercions.

Notre ami, et collègue, VOITURIER a très gracieusement mis à notre disposition ses connaissances étendues de la langue allemande: nous lui devons la traduction de nombreux documents, nous le remercions très sincèrement.

Nous avons voué une sincère reconnaissance à tous ceux qui nous ont manifesté leur sympathie et leur dévouement lors de notre séjour à l'infirmerie de l'internat.

Quant à nos vieux camarades THEVENOT, CHATTOT, MARÉCHET, GAUDE, nous les avons toujours, à des titres divers, trouvés dévoués lorsque nous avons fait appel à leur concours : ils nous permettront de ne leur adresser ici que l'assurance de notre grande amitié.

LA
TUBERCULOSE VERRUQUEUSE
DE LA PEAU
ET
DES MUQUEUSES DERMO-PAPILLAIRES

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

La tuberculose verruqueuse de la peau est une forme de tuberculose cutanée, due le plus souvent à une inoculation par voie externe, avec colonisation du bacille de Koch dans le derme, plus particulièrement dans le corps papillaire, la peau réagissant par un état papillomateux.

Histologiquement elle se caractérise : par une prolifération du corps muqueux de Malpighi, qui végète tant à l'extérieur avec saillies papillaires plus ou moins allongées et épaissement plus ou moins prononcé de la couche cornée, qu'en dedans avec hypertrophie des prolongements épidermiques inter-papillaires ; par l'allongement des papilles, avec présence dans le derme, mais prédominantes dans sa partie toute superficielle, des lésions typiques de la

tuberculose : cellules géantes et follicules tuberculeux, contenant le bacille de Koch ; par des abcès miliaires, mais non constants, immédiatement sous-épidermiques, au voisinage de ces tubercules superficiels.

Cliniquement, elle se traduit par une lésion, en général sans nodules lupiques, ni ulcération ; avec un aspect papillomateux, verruqueux, le plus souvent corné ; avec une suppuration inter-papillaire plus ou moins abondante, mais parfois totalement absente ; avec une tendance locale marquée à la régression cicatricielle, en un point, central surtout, alors que généralement la lésion continue à progresser par la périphérie, avec une tendance à la propagation de l'infection, surtout par voie lymphatique.

Nous concevons donc essentiellement la tuberculose verruqueuse comme un processus de réaction histologique spéciale de la peau, sous l'influence du bacille de Koch, localisée aux couches superficielles du derme. La nature tuberculeuse de cette affection est nettement démontrée par la présence dans les lésions de cellules géantes, de follicules tuberculeux et surtout de bacilles de Koch, mis en évidence par les colorations ou les inoculations expérimentales. La végétation papillaire peut être primitive, parallèle au développement des tubercules, sans ulcération antérieure de ceux-ci, ou bien, au contraire, elle peut se montrer secondairement à une lésion tuberculeuse ulcérée, lupus vulgaire, le plus souvent. Nous sommes arrivés à cette conception de la compréhension très large de la tuberculose verruqueuse par l'étude minutieuse des documents et des observations publiés sur cette affection. Nous avons

cru pouvoir en dégager que la localisation du bacille de Koch, prépondérante sinon exclusive, dans la couche superficielle du derme, et la prolifération du corps muqueux de Malpighi qu'elle entraîne, étaient la caractéristique principale et essentielle de cette forme de tuberculose. En effet, elle peut se voir dans les conditions étiologiques les plus diverses, l'infection se faisant soit par voie externe, inoculation primitive exogène, ou auto-inoculation secondaire, soit par voie interne, sanguine ou lymphatique. Elle peut siéger en quelque point que cela soit du revêtement ectodermique, peau ou muqueuses dermo-papillaires. De même, il n'est aucun criterium clinique, histologique ou bactériologique, qui permette de différencier d'une façon absolue les formes verruqueuses et papillaires de tuberculose cutanée.

De par cette conception, la tuberculose verruqueuse se trouve rapprochée des autres formes de tuberculose cutanée, du lupus en particulier, dont elle n'est considérée que comme une variété. Elle peut englober dans une même étude différents types étiologiques et cliniques d'aspect, de siège, d'évolution, individualisés et décrits comme spéciaux par leurs auteurs. Mais, il faut néanmoins conserver dans un même groupe à part, l'ancienne tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, le lupus scléreux de Vidal, qui lui est identique, le tubercule anatomique, qui en est une forme très voisine sinon identique elle aussi : ce sont le caractère étiologique, inoculation primitive exogène, la gravité pronostique, complications lymphatiques et viscérales, qui assurent l'autonomie de ce groupe, au

sens où nous le comprenons de tuberculeuses verruqueuses inoculées primitives. Ces formes seront plus particulièrement l'objet de notre étude, car il y a un intérêt pratique immédiat à démontrer qu'elles sont graves, que tout individu qui en est porteur est un bacillaire en puissance, d'où la nécessité d'un traitement rapide, énergique et efficace.

C'est l'étude historique qui va montrer comment s'est agrandi peu à peu le cadre de la tuberculose verruqueuse, et donner les différentes dénominations qu'ont reçues cette affection et ses variétés.

CHAPITRE II

HISTORIQUE — SYNONYMIE

HISTORIQUE

I. — La tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf.

Il est classique d'accoler les noms de RIEHL et PALTAUF à la désignation de tuberculose verruqueuse. C'est en effet RIEHL en 1885, puis RIEHL et PALTAUF en 1886 qui, croyant faire connaître une affection nouvelle, donnèrent à cette forme de tuberculose le nom, bien choisi d'ailleurs, qui désormais prévalut. Les auteurs observèrent quinze cas. Pour eux, la *tuberculose verruqueuse* succède à une inoculation exogène, chez des gens le plus souvent en rapport avec des animaux. Elle est due à la localisation du bacille de Koch dans les parties superficielles du derme. Elle se caractérise histologiquement par une prolifération papillaire du corps muqueux de Malpighi, des lésions tuberculeuses de la partie superficielle du derme seulement et par des abcès miliaires constants au voisinage des tubercules. Ces caractères, avec l'évolution non ulcéreuse des tubercules, la séparent complètement du lupus vulgaire. Elle constitue un type clinique spécial avec aspect verruqueux et suppuration interpapillaire constante,

avec localisation aux parties découvertes, surtout aux extrémités des membres supérieurs. C'est une forme de tuberculose cutanée essentiellement locale et bénigne, sans tendance à la généralisation lymphatique et viscérale. Les auteurs en rapprochent, d'après l'examen histologique d'un cas, le tubercule anatomique. Riehl et Paltauf eurent donc le mérite d'attirer l'attention sur cette affection, tout en méconnaissant d'ailleurs les travaux des auteurs antérieurs, qui avaient décrit, sous des dénominations différentes, les mêmes lésions.

II. — Travaux antérieurs à Riehl et Paltauf.
La nature tuberculeuse du tubercule anatomique.

Etant donné, en effet, les conditions de développement de la tuberculose verruqueuse et sa fréquence relative, elle a dû être observée depuis longtemps. Connue certainement des dermatologistes du siècle dernier, avant 1877, date où pour la première fois on la trouve nettement individualisée au point de vue clinique, elle faisait partie du vaste domaine de la *scrofule*.

Dès 1860 HARDY, dans l'une des premières éditions de son *Traité des maladies de la peau* et plus tard dans ses *Leçons sur la scrofule et les scrofulides* distingue un groupe de scrofulides malignes dont une variété est la *scrofulide verruqueuse*. « Dans quelques cas, dit-il, la surface de l'ulcération présente de petits bourgeons, durs, secs, rugueux comme verruqueux; de là, le nom de scrofulide verruqueuse que nous avons donné à cette forme en la considérant comme une espèce distincte de scrofulide. Mais cet aspect n'est jamais primitif, il

apparaît toujours sur une ulcération succédant à une scrofulide pustuleuse ou tuberculeuse. » Malgré cette apparition de l'état verruqueux secondaire à une ulcération, la plupart des auteurs après VIDAL considèrent cette scrofulide comme identique à la tuberculose verruqueuse.

De même, certaines formes du groupe de *scrofulides pustulo-crustacées* de BAZIN lui sont assimilables.

En 1873, BUSCH fait une étude du *lupus épithéliomatoïde des extrémités* : quelques cas se rapportent, de par leur description, à de la tuberculose verruqueuse,

En 1877, MAC CALL ANDERSON, désigne le premier sous le nom de *lupus verrucosus* ou *scrofuloderma verrucosum* une affection dont la description clinique répond bien à celle de la tuberculose verruqueuse de la peau ; mais il n'en indique ni la nature ni la structure.

En 1878, BESNIER en fait mouler un cas pour le musée de Saint-Louis, sous le nom de *lupus papillomateux des extrémités*.

En 1882, LELOIR et VIDAL (*Comptes rendus de la Société de Biologie*) individualisaient une forme de lupus : le *lupus scléreux*.

En 1883, VIDAL en fait une étude très complète (*Annales de Dermatologie*). Il l'identifie à la scrofulide verruqueuse de Hardy, au *Lupus verrucosus* ou *Scrofuloderma verrucosum* de Mac Call Anderson, enfin au *lupus papillaire verruqueux* de KAPOSI, dont le *lupus corné* de LANG n'est qu'une sous-variété. La description clinique et histologique qu'il donne du lupus scléreux, surtout du type *superficiel scléreux et papillomateux* rappelle en tous points celle qui, trois ans plus tard,

sera faite par Riehl et Paltauf. Mais Vidal s'attache à montrer les rapports, qui unissent la tuberculose verruqueuse au lupus dont elle n'est qu'une modalité évolutive spéciale. S'il en fait le diagnostic avec le tubercule anatomique, cela est uniquement à cause de l'étiologie spéciale de celui-ci, inoculation au cours d'autopsies de sujets morts de tuberculose; car il constate que le tubercule prend souvent l'aspect papillomateux et « n'est vraisemblablement que le produit d'inoculation du tuberculome. » Il est à regretter que ce travail ait passé à cette époque à peu près inaperçu.

Cette notion de la **nature tuberculeuse du tubercule anatomique** était d'ailleurs déjà ancienne et à peu près universellement admise.

MORTON, VALSAVA, MORGAGNI redoutaient la piqûre anatomique pendant les autopsies de tuberculeux. MORGAGNI, dans sa lettre XXII, avoue qu'il ouvrit à peine un tuberculeux par crainte de l'inoculation.

Le cas de LAENNEC était classique. Le grand clinicien avait eu un tubercule anatomique, à la suite d'une écorchure de l'index gauche par un coup de scie, lors d'une autopsie d'un sujet tuberculeux. Vingt ans plus tard il mourait de tuberculose généralisée. Il y avait là, pour la plupart des observateurs, relation de cause à effet.

En 1875, BAUMGARTEN publiait un cas de tubercule anatomique, d'aspect papillomateux, chez un homme de soixante ans, mort de tuberculose pulmonaire. La lésion histologiquement répondait à un papillome avec papilles infiltrées de cellules arrondies. L'auteur la considère comme une affection tuberculeuse localisée à la peau.

En 1880, NEUMANN, dans son *Traité des maladies de la peau*, mentionnait en quelques mots le tubercule anatomique et rapportait, d'après Heitzmann, les premiers examens histologiques qui lui soient connus. Ce dernier auteur avait seulement noté une hyperkératose et des formations épidermiques cornées.

Vers la même époque, BESNIER proclamait dans son enseignement la nature tuberculeuse du tubercule anatomique. En 1883, VIDAL l'admettait, ainsi que nous l'avons vu.

D'ailleurs, depuis le jour où VILLEMIN (1865) avait démontré l'*inoculabilité expérimentale* de la matière tuberculeuse, et surtout où KOCH (1882) avait fait connaître l'*agent* de cette infection, l'étude des tuberculoses d'inoculation prenait un intérêt tout particulier, bien plus de pathologie générale que de dermatologie. Le tubercule anatomique avait la valeur d'une véritable expérimentation sur l'homme et permettait d'étudier chez lui la détermination locale du bacille de Koch et sa généralisation. Aussi les cas en sont-ils soigneusement rapportés et interprétés et s'efforce-t-on histologiquement et bactériologiquement d'en démontrer la nature tuberculeuse.

En 1884, VERNEUIL fait connaître un cas d'inoculation tuberculeuse probable pendant une autopsie concernant un interne en médecine qui eut, en 1867, un tubercule anatomique et qui, en 1881, à la suite de généralisation tuberculeuse, eut des abcès ossifluents de la région dorso-lombaire.

VERCHÈRE, étudiant dans sa thèse *les portes d'entrée de la tuberculose*, indique les inoculations directes du

tégument externe, et en particulier le tubercule anatomique. Il ajoute une observation avec généralisation viscérale aux cas antérieurs.

CORNIL et RANVIER, dans la 2^e édition de leur *Traité d'histologie pathologique*, ne notent ni cellules géantes, ni bacilles de Koch dans le tubercule anatomique, mais ils trouvent des cellules épithélioïdes, aussi en admettent-ils la nature tuberculeuse.

En 1885, KARG publie le cas d'un tubercule anatomique avec cellules géantes et bacilles de Koch chez un garçon de salle d'autopsie ; il fut suivi de lymphangite tuberculo-gommeuse.

MERKLEN présente une malade pour laquelle il conclut « que cette femme s'est inoculé le virus tuberculeux par des écorchures des doigts ; que ce virus, après avoir laissé des stigmates de son passage sous forme de tubercules anatomiques, a infecté les lymphatiques des membres supérieurs ; qu'actuellement les poumons sont le siège de lésions tuberculeuses commençantes consécutives aux manifestations périphériques et externes de la maladie ». Cette observation est pour lui l'occasion d'une revue analytique *du tubercule anatomique et de l'inoculation tuberculeuse*. Il fait connaître le premier travail de Riehl et conclut à l'identité du tubercule anatomique et de la tuberculose verruqueuse telle que la conçoit cet auteur, mais il se montre plus réservé que lui sur le pronostic et craint la généralisation de l'infection tuberculeuse.

MARTIN DU MAGNY, dans sa thèse *Inoculation tuberculeuse chez l'homme*, reprend les mêmes considérations et ajoute une observation nouvelle.

En 1886, HANOT, *Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée* (Archives de Physiologie) et RAYMOND, *Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée par inoculation directe* (France Médicale) apportent quelques observations démontrant la nature tuberculeuse du tubercule anatomique et la généralisation viscérale consécutive possible.

C'est à cette époque que Merklen fait connaître le travail d'ensemble de Riehl et Paltauf sur la tuberculose verruqueuse.

L'état de la question peut alors se résumer ainsi : la tuberculose verruqueuse et le tubercule anatomique sont des formes voisines, leur nature tuberculeuse est démontrée ; ils sont dus à des inoculations externes. La fréquence des propagations lymphatiques de l'infection, méconnue par Riehl et Paltauf, est entrevue par quelques auteurs. Déjà il y a une tendance à rattacher la tuberculose verruqueuse au lupus.

III. — La tuberculose verruqueuse depuis Riehl et Paltauf : formes qui s'y rattachent.

L'observation se porte désormais sur la tuberculose verruqueuse reconnue de plus en plus fréquente à mesure qu'elle est mieux étudiée. De nombreux travaux se succèdent, précisant : les conditions étiologiques et les modes d'infection ; les variétés cliniques ; les lésions histologiques et le traitement. Nous ne voulons citer ici que les plus importants, apportant des faits nouveaux, les autres sont soigneusement donnés dans la bibliographie.

En 1887, BRISSAUD observe un cas pour lequel il propose, d'après son aspect clinique, la dénomination de *tuberculose papillomato-crustacée*.

RITZO, puis VALLAS, dans leur thèse « Etude sur la tuberculose cutanée », ont surtout en vue les *ulcérations tuberculeuses*, mais incidemment ils recherchent les rapports de celles-ci avec la tuberculose verruqueuse. VALLAS, dans son remarquable travail, met au point l'anatomie pathologique et la pathogénie des ulcérations tuberculeuses de la peau. Toutefois, il ne faut retenir que pour à peu près exacte sa conception de l'ulcération tuberculeuse, apanage des sujets phthisiques, de la tuberculose verruqueuse, forme de tuberculose d'inoculation des sujets sains : les exceptions sont fréquentes dans les deux cas.

PONCET (de Lyon) présente, sous le nom de *scrofulide végétante*, une observation répondant tout à fait à de la tuberculose verruqueuse, dans la discussion, AUGAGNEUR la qualifie de *scrofulide pustulo-crustacée de Bazin*.

POLLOSSON et PIERRET étudient au point de vue histologique et pronostique quatre tubercules anatomiques. Comme ils n'ont trouvé ni cellules géantes, ni follicules tuberculeux, ni bacilles de Koch, et que leurs malades suivis depuis cinq ans ne présentent aucune trace de tuberculose, ils en concluent que tous les tubercules anatomiques *ne sont pas forcément et toujours de nature tuberculeuse*.

En 1888, LYOT et GAUTHIER donnent une étiologie nouvelle de la tuberculose verruqueuse : son apparition consécutive à l'ouverture cutanée d'un foyer tuberculeux profond, *fistule osseuse*.

MORROW décrit un type particulier : la *tuberculose papillomateuse de la peau*, dont il envisage les rapports avec le *Lupus verrucosus* et la *Tuberculosis verrucosacutis* de Riehl et Paltauf.

Au Congrès pour l'étude de la tuberculose, LELOIR démontre les rapports du lupus scléreux, identique à la tuberculose verruqueuse, avec le lupus vulgaire et rapporte le premier cas de *tuberculose verruqueuse de la langue*.

BARTHÉLEMY, considérant les conditions étiologiques, critique l'expression de tubercule anatomique et propose celle de *tubercule professionnel* ; il préconise les pointes de feu fines et serrées.

LEFÈVRE dans sa thèse « la tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme » apporte une observation inédite avec *propagation lymphatique*.

En 1889, BROCA, dans une revue générale sur la tuberculose cutanée, assimile la tuberculose verruqueuse survenant chez des sujets sains, à un *chancre tuberculeux* susceptible, comme le chancre syphilitique, de se généraliser par la voie lymphatique. Toutefois, avec Pollosson, il considère que *tous les tubercules anatomiques ne sont pas de nature tuberculeuse*. C'est l'opinion qu'il défendra en 1897 dans son article du *Traité de chirurgie* (Duplay et Reclus).

VIDAL proclame l'identité de son *lupus scléreux* et de la tuberculose verruqueuse, insiste sur la fréquence des *auto-inoculations* chez les tuberculeux pulmonaires.

BESNIER indique que, dans ces cas, mais chez les non-phtisiques, la tuberculose verruqueuse peut parfois se

différencier par certaines nuances d'aspect et d'évolution plus rapide

En 1890, DUBREUILH et AUCHÉ étudient longuement un cas de tuberculose verruqueuse primitive qui s'est propagée par la voie lymphatique jusqu'au sommet du poumon du côté correspondant.

SEVESTRE recueille deux cas de tuberculose verruqueuse chez des *enfants*.

HAHN, dans un volumineux travail sur le lupus des extrémités, sur 424 observations trouve 12 fois la forme *lupus papillomateux* ou *verruqueux*, qui est identique à la tuberculose verruqueuse ; c'est une variété de lupus.

ARRIVAT (*tuberculose papillomateuse de la peau*) et TARDIVEL (tuberculose d'origine cutanée) reprennent les travaux antérieurs et ajoutent quelques observations.

En 1891, BESNIER et DOYON, dans leurs annotations à Kaposi, consacrent à l'article Lupus, un chapitre à la tuberculose verruqueuse et aux formes voisines ; ils distinguent cinq formes cliniques que nous donnerons dans la description de cette affection.

ANGIBAUD, dans sa thèse (Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse), donne une étude très documentée sur la question. Il rattache à la tuberculose verruqueuse certaines variétés de *périfolliculites subaiguës* décrites par QUINQUAUD et PALLIER ; il admet la tuberculose verruqueuse des muqueuses. Il apporte cinq observations personnelles : l'étude *anatomopathologique* de trois cas faite par DARIER précise les lésions histologiques de la tuberculose verruqueuse. Pour établir l'identité de cette affection avec le lupus scléreux ou d'autres affections différemment dénom-

mées, il se base sur les moulages de la belle collection de l'hôpital Saint-Louis. Il constate que les moulages étiquetés : *lupus papillomateux des extrémités* (Besnier, 1878), *scrofulide verruqueuse* (Hardy, 1879), *lupus scléreux et papillomateux* (Vidal, 1881), *scrofulide cornée de Hardy* (Vidal, 1886), *tuberculose scléreuse et papillomateuse* (Hallopeau, 1877), ne sont que des formes de tuberculose verruqueuse.

THIBIERGE fait un important travail sur la tuberculose cutanée et émet entre autres hypothèses la possibilité de tuberculoses verruqueuses *zoogoniques* ou par l'*Aspergillus fumigatus*.

En 1892, LELOR résumant ses recherches et leçons antérieures, publie son traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose. Il apporte une foule de documents personnels à la question de la tuberculose verruqueuse dont il fait une variété de *lupus*. Il donne plus d'extension que cela n'avait été fait jusqu'ici dans l'étiologie à l'inoculation consécutive à l'ouverture cutanée d'un foyer tuberculeux profond.

DE CASTEL publie un travail général sur les tuberculoses cutanées. Il consacre un chapitre aux tuberculoses inoculées accidentelles dont il décrit trois formes ayant les plus grandes analogies : le tubercule anatomique, le *lupus scléreux* de Vidal, la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf. Il a le mérite d'insister sur les *infections secondaires et généralisées* au cours de ces tuberculoses d'inoculation.

DOUTRELEPONT observe deux cas de *lupus papillaire de l'anus* indépendants de bacillose antérieure et les assimile à la tuberculose verruqueuse de la peau.

En 1893, HALLOPEAU communique au Congrès de la tuberculose sur « *les trêves dans les manifestations cutanées de la tuberculose* ». Pour lui des trêves plus ou moins prolongées, à la suite desquelles l'infection s'étend, se voient dans les tubercules anatomiques bacillaires (car ils ne le sont pas tous), au contraire, elles sont beaucoup plus exceptionnelles dans la tuberculose verruqueuse.

ADENOT, s'inspirant des leçons et des documents d'OLLIER, attire l'attention sur *la fréquence et l'obscurité de l'origine osseuse dans les affections lupoides des extrémités* et mentionne quelques cas de tuberculose verruqueuse ayant succédé à des lésions osseuses latentes méconnues.

En 1894, ETIENNE, à l'occasion de 8 cas, fait une étude clinique et anatomo-pathologique de la tuberculose verruqueuse et distingue deux grands types cliniques : la *tuberculose papillaire avec productions cornées* et la *tuberculose papillomateuse non cornée*.

KNICKENBERG recueille 17 observations, il insiste sur la question du *terrain* dans les inoculations primitives et note dans 3 cas la tuberculose verruqueuse secondaire à l'incision ou à l'ouverture spontanée de lésions tuberculeuses. Il trouve souvent l'infiltration tuberculeuse plus profonde que ne l'ont décrite Riehl et Paltauf.

BATUT, dans une étude basée sur quelques cas personnels, considère comme trois variétés de gravités croissantes : le *lupus scléreux*, le *tubercule anatomique* et la *tuberculose verruqueuse*. Celle-ci, le *lupus* étant considéré comme une forme sous-épithéliale

de tuberculose de la peau, est un *lupus papilliforme*.

HARTMANN décrit la forme verruqueuse de la *tuberculose anorectale*.

FOUBARD, dans un travail d'ensemble, présente le *traitement* du lupus des membres, et en particulier du lupus verruqueux; s'il parle de l'ablation au bistouri, il donne surtout la préférence au *grattage*.

En 1895, STIEDA insiste sur les heureux résultats curateurs et esthétiques obtenus par l'*excision* des plaards de tuberculose verruqueuse avec greffes de Thiersch lorsque la perte de substance est étendue.

M. le professeur GAUCHER, dans son traité des maladies de la peau, donne une *mise au point* très claire de la tuberculose verruqueuse et de ses rapports avec le tubercule anatomique et le lupus scléreux.

En 1896, ROBEFF fait connaître dans sa thèse 14 observations recueillies par son maître M. le professeur Dubreuilh et conclut que la tuberculose verruqueuse est *toujours* le résultat d'une *inoculation par une plaie* et que la question de *terrain* est *sans importance*.

NOBL publie un cas de *tuberculose papillomateuse de la grande lèvre droite et du clitoris*, qui dans la discussion est assimilée par ULMANN à la tuberculose verruqueuse de la peau.

HALLOPEAU, au III^e Congrès international de dermatologie présente une étude « sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de peau autres que le lupus vulgaire ». A propos de la tuberculose verruqueuse, comme fait nouveau, il émet l'hypothèse que la suppuration, le plus souvent en foyers miliaires, se

fait par l'intermédiaire de *toxines pyogènes* dues au bacille de Koch lui-même.

En 1898, BÉCLÈRE insiste sur la fréquence de la tuberculose verruqueuse de la main droite au cours de la tuberculose pulmonaire.

COMBY s'occupe de la *tuberculose verruqueuse infantile* et apporte 5 observations personnelles.

En 1899, R. WILD publie un travail basé sur 138 cas de tuberculose cutanée, dont 13 de tuberculose verruqueuse, sur lesquels, chose remarquable, 6 siégeaient sur la région fessière d'enfants et étaient dus à des inoculations par les bords des vases de nuit.

MOSCHINI englobe dans la tuberculose verruqueuse des types cliniques multiples, variant au point de vue de l'aspect morphologique depuis celui d'une *éruption papillomateuse ulcéreuse* jusqu'à celui d'une *éruption ulcéro-fibromateuse*. Il considère la tuberculose verruqueuse comme la résultante de l'action du bacille tuberculeux, souvent difficile à y mettre en évidence, d'une infection chronique et de la prédisposition à la production du tissu fibreux dans la peau.

CROS, d'après des documents de AUDRY, indique la *généralisation* de la tuberculose verruqueuse avec ses différentes étapes et localisations.

BUSCHKE insiste sur la nécessité de l'*excision* chirurgicale.

En 1901, LASSAR envisage les rapports de la tuberculose verruqueuse de l'homme avec la *tuberculose bovine*; sujet sur lequel il revient en 1902 et 1903.

En 1902, SPRONCK et HOEFNAGEL d'une part, RAVENEL, d'autre part, apportent des faits pouvant démontrer

cette inoculation cutanée de *tuberculose bovine* à l'homme.

JOSEPH et TRAUTMANN, sur 26.294 cas de maladies de peau (syphilis exceptée), trouvent 47 cas de tuberculose verruqueuse, 8 cas concernant des *équarrisseurs* dont 3 s'occupent exclusivement d'animaux tuberculeux.

PERRIN et GOEFFERT reprennant la question de la *tuberculose verruqueuse infantile*, apportent deux nouveaux cas et la considèrent comme assez fréquente.

ASAHI l'étudie au Japon et ne peut en réunir que 3 cas.

En 1903 SCHULTZ continuant les travaux de FABRY (1900) étudie la tuberculose verruqueuse chez les *mineurs de houille* et en collige 166 cas.

AUDRY et DALOUS, d'après l'examen bactériologique et expérimental de 3 cas de *tubercule anatomique*, concluent à la *nature toujours tuberculeuse* de celui-ci, et inspirent un travail d'ensemble à leur élève BOURRAS (1904).

En 1904, DAINVILLE rapporte une observation curieuse de *tuberculose verruqueuse* de la langue rappelant celle de Leloir.

En 1905, NOBL présente un cas intéressant de *lupus exanthématique papillaire et verruqueux*, tuberculose verruqueuse véritable admise dans la discussion par JADASSOHN, WOLTER, FINGER. L'auteur invoque comme pathogénie une voie d'*infection lymphatique* ou *sanguine*.

ROCHETTE fait, dans sa thèse, une excellente étude des rapports des tuberculoses cutanées et, particuliè-

rement du lupus disséminé, avec la rougeole. Il y collige plusieurs cas de tuberculose verruqueuse dont un très probant publié par MM. GAUCHER et DRUELLE.

MORESTIN préconise le *traitement chirurgical esthétique* des tuberculoses verruqueuses des doigts et des autres régions et rappelle ses travaux depuis 1900, il montre tout l'avantage que l'on peut retirer dans certains cas des *grands décollements* en chirurgie réparatrice (Congrès de Chirurgie, 1902).

En 1906, SCHELMIRE signale la tuberculose verruqueuse chez une *négresse* et envisage d'une façon générale les difficultés de diagnostic avec la *blastomycose*

SYNONYMIE

D'après cet historique, nous voyons que les auteurs, suivant l'époque, puis suivant leur conception, ont rattaché la tuberculose verruqueuse soit aux *scrofulides*, soit au *lupus*, soit à la *tuberculose cutanée* proprement dite. De là viennent les différents noms donnés dans la littérature médicale à cette affection ou à ses variétés.

SCROFULIDE *verruqueuse*, *scrofulide cornée* (Hardy), *scrofulide pustulo-crustacée* (Bazin), *scrofuloderma verrucosum* (Mac Call Anderson);

LUPUS *papillaire verruqueux* (Kaposi), *lupus corné*, (Lang) *lupus épithéliomatoïde des extrémités* (Busch) *lupus verruqueux*, *verrucosus* (Mac Call Anderson), *lupus scléreux* (Leloir), *lupus scléreux et papillomateux* (Vidal), *lupus papillomateux* (Besnier, Hallopeau), *lupus papillaire hypertrophique* (Neumann, Deutsch);

TUBERCULOSE *verruqueuse* (Riehl et Paltauf), *tuberculose papillomateuse* (Prince O. Morrow), *tuberculose papillo-crustacée* (Brissaud), *tuberculose papillo-cornée* (Etienne), *tuberculose scléreuse et papillomateuse* (Hallopeau).

Le *tubercule anatomique* est encore parfois désigné sous les noms de *verruca necrogenica*, de *chancre tuberculeux*.

Nous englobons toutes ces formes sous le nom générique de **tuberculose verruqueuse**, étendant ainsi le sens que lui avaient donné primitivement ses parrains. Tout en rendant justice à E. Vidal d'avoir le premier bien décrit cette affection et vu ses intimes rapports avec le lupus, nous rejetons la dénomination générale de lupus scléreux et papillomateux. Le nom tuberculose verruqueuse de la peau est bien choisi : tuberculose classe l'affection dans les tuberculoses cutanées typiques, c'est-à-dire dont la nature tuberculeuse est nettement démontrée ; verruqueuse en donne la description clinique. Toutefois l'épithète de papillomateuse (Arrivat, Debove), souvent employée serait peut-être préférable : elle éveille tout à la fois l'idée de la constitution histologique et de l'aspect clinique. Mais « tuberculose verruqueuse » a fait fortune et a permis de rapprocher des types jusque-là distincts. Il faut craindre d'embrouiller la question par des mots différents. N'oublions pas, ainsi que l'a dit Tenneson, dans l'introduction de ses leçons, que si les hommes s'entendaient sur les mots, ils ne tarderaient pas à s'entendre sur les choses.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

I. — FRÉQUENCE

La tuberculose verruqueuse ainsi comprise en lui rattachant le tubercule anatomique, le lupus scléreux et quelques autres variétés, n'est pas extrêmement rare. Si, jusque dans ces sept ou huit dernières années, les observations se trouvent rappelées en détail dans les différents travaux généraux ou thèses, Arrivat, Angibaud, 1891, Robeff, 1898, cela aujourd'hui serait impossible vu leur grand nombre. Toutefois, l'affection conserve encore suffisamment d'intérêt, pour que, chaque année, un certain nombre de cas en soient présentés dans les différentes sociétés dermatologiques, tant françaises qu'étrangères.

Les documents sur lesquels nous nous sommes basé pour notre étude de la tuberculose verruqueuse nous ont permis de compiler plus de 500 observations. La plupart sont rapportées isolément, d'autres au contraire, en série ; toutefois, dans ce cas, il est à regretter que souvent la période pendant laquelle les observations ont été recueillies ne soit pas précisée.

Pour montrer cette fréquence relative de la tubercu-

lose verruqueuse, nous citerons le nombre de cas personnels réunis par quelques auteurs : Vidal, en 1883, base son étude du lupus scléreux sur 11 cas; Riehl, en 1885, sur 15 cas; Hahn donne une statistique de 12 lupus verruqueux observés de 1882 à 1890, à la clinique dermatologique de Bonn, dans le service de Doutrelepon; Angibaud, en 1895, dans sa thèse donne 5 observations inédites; Leloir, de 1884 à 1892, observe à l'hôpital de Saint-Sauveur de Lille ou dans sa clientèle 32 lupus scléreux; Etienne, de 1892 à 1894 en relève 8 cas à la clinique du professeur Spillmann à Nancy; Robeff, en 1896, en trouve 14 cas observés par Dubreuilh de Bordeaux; Knickenberg en 1894 rapporte 17 observations; Comby, en 1898, 5 chez des enfants; Wild, en 1899, 13; Lassar, en 1901, 34 cas observés en dix ans; Joseph et Trautmann, en 1902, 47 cas; Schultze, 166 cas, tous chez des mineurs dont 144 réunis par Fabry, de 1889 à 1903.

Nous rapportons à la fin de ce travail 16 cas; 7 cas que nous avons pu suivre personnellement en moins de deux ans à la Clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille, dans le service de M. le professeur Nicolas, 1 cas aux Chazeaux, service hospitalier de dermatologie des Hôpitaux de Lyon, sous la direction de M. le Dr Bonnet, 1 dans le service de M. le professeur Rochet. Les 7 autres cas nous ont été communiqués par MM. les Drs Tixier, 2, Morestin, 4, Froment, 1.

Nous ne pouvons établir la *fréquence de la tuberculose verruqueuse par rapport aux autres affections de la peau*. Les documents à ce sujet sont rares. Leloir,

en dix ans, sur 6.243 affections cutanées, syphilis exceptée, note 312 lupus dont 32 lupus scléreux. Joseph et Trautmann, sur 26.294 cas de maladie de peau, syphilis exceptée, trouvent 47 cas seulement de tuberculose verruqueuse. Wild, en six ans, sur 7.000 malades observés pour affections de la peau à l'hôpital de Manchester et Salford, note seulement 13 tuberculoses verruqueuses. Nous avons suivi assidûment la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Louis de Paris pendant deux mois et demi; dans le nombre prodigieux de malades qui s'y présentent, nous n'en avons vu que deux cas.

De toutes les manifestations cutanées tuberculeuses typiques, ulcérations, gommès, lupus, la tuberculose verruqueuse est la moins fréquente, si l'on excepte toutefois certaines variétés rares de lupus : lupus colloïde et myxomateux. Vidal, note 11 lupus scléreux sur 185 lupus. De 1884 à 1892, sur 312 lupus, Leloir trouve 32 lupus scléreux, 6 lupus colloïdes et 12 lupus myxomateux. En 1899, Wild, sur 138 cas de tuberculose cutanée, reconnaît 80 lupus vulgaires, 38 scrofulodermes, 13 tuberculoses verruqueuses, 7 érythèmes indurés.

Cette fréquence est d'ailleurs variable avec le mode d'infection de la peau, avec le terrain du sujet infecté et par suite, peut-être, avec l'âge et avec le sexe. Ce sont tout autant de points que nous allons examiner.

II. — MODES D'INFECTION DE LA PEAU

La tuberculose verruqueuse, avons-nous dit dans

notre définition, est due à la colonisation du bacille de Koch dans le corps papillaire du derme. L'étiologie doit surtout avoir pour but de préciser les conditions dans lesquelles ce bacille est apporté à ce niveau et pourquoi il s'y développe. En dépouillant les observations on voit qu'il est possible de les catégoriser en un certain nombre de groupes et variétés légitimes.

Dans la plupart des cas la tuberculose verruqueuse est d'**origine exogène**. Le bacille de Koch vient de l'extérieur et inocule le derme à la faveur d'une effraction cutanée. Tantôt il y a une plaie, une lésion ulcéreuse quelconque préexistante, à la faveur de laquelle se fait secondairement l'infection tuberculeuse, tantôt, au contraire, le traumatisme est à la fois l'origine de la porte d'entrée et de l'inoculation spécifique. Dans ce groupe il est nécessaire de distinguer deux ordres de faits suivant que le sujet est absolument sain antérieurement à l'inoculation, ou qu'au contraire, lui-même, porteur de lésions tuberculeuses, surtout pulmonaires, a été la source de son infection cutanée par auto-inoculation.

Dans d'autres cas plus rares, la tuberculose verruqueuse se développe secondairement à l'ouverture cutanée de lésions tuberculeuses sous-cutanées ou profondes, ou secondairement à ces mêmes lésions sans relations apparentes avec elles, peut-être, par propagation par voie lymphatique ou veineuse.

Enfin il est d'autres cas très rares où pour expliquer la tuberculose verruqueuse il faut invoquer une *origine lymphatique* ou *hématique*.

En résumé, nous classerons tous ces faits suivant

que la tuberculose verruqueuse est la première manifestation bacillaire du sujet, ou qu'elle ne s'est développée que secondairement à un autre foyer tuberculeux en deux grands groupes que nous désignerons et envisagerons respectivement sous les noms de :

1° Inoculation primitive ;

2° Auto-inoculation secondaire.

1° Inoculation primitive.

Ce mode d'inoculation de la tuberculose verruqueuse est de beaucoup le plus important. Ce fut le premier connu. Sa fréquence est grande. Il intéresse non seulement la dermatologie mais encore la pathologie générale ; on s'en est servi, ainsi que nous le verrons, pour démontrer l'inoculabilité de la tuberculose à l'homme et sa généralisation viscérale, puis on a invoqué certains cas comme preuve de l'unicité de la tuberculose humaine et des tuberculoses animales. Son pronostic est des plus sérieux puisque l'inoculation engendre une lésion susceptible de donner une généralisation de l'infection tuberculeuse.

La *fréquence* relative de cette inoculation primitive a été considérée comme un peu différente depuis les premières études. C'est elle que Vidal a surtout en vue pour son *lupus scléreux*. Riehl et Paltauf en font l'apanage de leur tuberculose verruqueuse. Elle se trouve d'autant plus accrue que l'on y rattache le tubercule anatomique. L'inoculation primitive est l'origine surtout mentionnée dans les travaux de 1883 à 1891, dans les thèses de Vallas, Arrivat, Angibaud, etc. Peu à peu d'autres modes d'inoculation, surtout l'auto-

inoculation chez les tuberculeux pulmonaires sont mieux connus, et Leloir, dans son ouvrage sur la scrofulo-tuberculose leur accorde une large part. Etienne en 1894, sur 8 observations personnelles, retrouve bien 6 cas d'inoculation primitive ; mais sur 27 cas publiés antérieurement, il n'en note que 14, pour 6 auto-inoculations secondaires à des tuberculoses pulmonaires, 5 secondaires à des tuberculoses périphériques, 2 d'origine indéterminée. Robeff, sur 14 cas, peut la donner 9 fois. Dans nos 16 cas, l'inoculation primitive est certaine 9 fois (obs. I, II, III, IV, V, VII, XI, XII, XIII, douteux dans un cas, obs. VI).

Nous avons cherché à exprimer numériquement cette fréquence en nous reportant à l'ensemble des cas fournis par nos recherches bibliographiques. Cela nous a donné une proportion d'inoculations primitives sensiblement inférieure à celle des auto-inoculations secondaires. Sur 398 cas où nous avons trouvé l'étiologie précise, 210 cas correspondaient à des auto-inoculations, quel qu'en soit d'ailleurs le mode. Ces chiffres sont loin, croyons-nous, de répondre à la réalité et ce, parce que les auto-inoculations secondaires, à cause de leurs nombreuses variétés étiologiques, sont fidèlement publiées par leurs auteurs. La tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive, depuis une dizaine d'années, est considérée comme connue et les cas n'en sont plus rapportés qu'à l'occasion de particularité curieuse ou nouvelle.

Au contraire, en nous basant sur des statistiques de cas observés par un même auteur, Vidal, Riehl, Hahn, Angibaud, Leloir, Knickenberg, Etienne, Robeff,

Comby, Wild, Joseph et Trautmann et nous-mêmes, nous trouvons l'inoculation primitive la plus fréquente de la tuberculose verruqueuse. C'est aussi l'opinion donnée par Gaucher, Hallopeau, Brocq dans leur traité, Lenglet dans l'article *Lupus* de la pratique dermatologique, Faure, Broca et Thibierge, dans les articles « tuberculoses cutanées » des traités de chirurgie et médecine, *nous estimons cette fréquence aux deux tiers des cas.*

L'étude du mode de contamination dans l'inoculation primitive montre que tantôt c'est un sujet tuberculeux qui est l'origine du bacille dont la pullulation donnera un foyer de tuberculose verruqueuse, que tantôt ce n'est plus un homme, mais un animal qui est le sujet contaminant. Il y a donc lieu de considérer successivement :

1° Une origine humaine du bacille,

2° Une origine animale,

qui souvent d'ailleurs, sont impossibles à préciser et à démontrer.

Origine humaine. — Elle peut être directe ou indirecte, suivant que l'inoculation se fait par le sujet tuberculeux lui-même ou par des objets souillés de ses bacilles.

Directe, elle comprend les nombreux faits des tubercules anatomiques.

Un *sujet tuberculeux mort* est encore infectant. Parfois c'est à la *salle de dissection* qu'étudiants en médecine ou garçons d'amphithéâtre s'inoculent. Nous avons vu au cours de nos études deux étudiants pré-

sentant des productions papillomateuses sur une surface d'une pièce de 50 centimes à 1 franc survenues à la suite d'une piqûre anatomique, nous les avons perdus de vue et n'avons pu en rapporter les observations. Une de nos observations III concerne un garçon d'amphithéâtre. Toutefois, depuis les injections antiseptiques des cadavres destinés aux études anatomiques, les contaminations à la salle de dissection deviennent de plus en plus rares, ainsi que le constate Bourras (1904). Personnellement, depuis deux ans que nous nous occupons de la question, nous n'en avons trouvé que trois cas à la Faculté de médecine de Lyon : l'un est rapporté, observation VII.

C'est surtout au cours d'*autopsies* que le personnel médical des hôpitaux ou les garçons se contagionnent. Les cas en sont malheureusement fréquents et non toujours sans gravité. L'infection peut se faire par une plaie antérieure ; souvent c'est au cours même de l'autopsie qu'un traumatisme crée la porte d'entrée : coup de scie dans le cas de Laennec, piqûres avec les différents instruments, coupure par le bistouri. Il semble que souvent une écorchure puisse être produite par les extrémités rugueuses, avec esquilles, des côtes sectionnées pour enlever le plastron sterno-costal, aussi faut-il prendre la précaution de rabattre sur elles la peau du thorax.

Dans quelques cas plus rares, c'est au cours d'opérations pour des lésions tuberculeuses que se fait l'infection.

Cette étiologie du tubercule anatomique se trouve mentionnée dans un grand nombre d'observations et

dans des circonstances à peu près identiques, pour ne citer que Verchère, Verneuil 1884, Karg, Kolisko 1885, Pollosson, Reverdin et Mayor 1887, Torkomian, Verneuil, Barthélemy 1888, Tardivel 1891, Leloir 1892, Eve, Etienne 1894, Robeff 1896, Ulmann, Audry et Dalous 1903, Spitzer 1906, etc., et nous-même, observations III, VII et XII.

Deux cas d'origine humaine directe par *morsure* méritent d'être signalés : Verchère a publié en 1887 une observation de tuberculose verruqueuse développée au point où un mari avait été mordu par sa femme tuberculeuse; de même en 1892 Jeanselme en observe un cas au point mordu par un épileptique tuberculeux. Nous y ajouterons notre observation personnelle, XI.

L'expression de tubercule anatomique mérite cependant les critiques de Barthélemy, elle indique une étiologie trop spéciale ne répondant qu'à une partie des faits. Ainsi que le propose cet auteur, *tubercule professionnel* serait préférable. En effet, en dehors des médecins et des garçons d'amphithéâtre, il est toute une catégorie de gens : infirmiers, garde-malades, et d'une façon générale, tous ceux qui entourent et soignent des tuberculeux, chez qui il est assez fréquent d'observer des tubercules anatomiques ou tuberculoses verruqueuses.

Axel Host en rapporte un cas chez une infirmière. Barthélemy cite le fait d'une religieuse qui s'inocula par piqûre en pensant un abcès froid. White en constate la fréquence chez les « nurses » américaines. Si les cas n'en sont pas plus fréquents dans le personnel hospitalier, où les causes de contamination abondent,

cela tient certainement aux précautions de propreté constamment prises.

Dans les observations on trouve, avec la plus grande fréquence, que le malade donnait des soins à des tuberculeux : Merklen 1885, Raymond 1856, Jeannel 1888, Elliot 1889, Dubreuilh et Auché 1890, Leloir 1892, Eve, Knickenberg 1894, Frèche, Thibaudet, Pardo Regidor 1895, Robeff 1896, Sura, Giovannini 1902, Savill 1906, etc.

Un de nos cas, observation VI, peut reconnaître la même origine. La malade présente bien dans ses antécédents une pleurésie, huit mois avant sa tuberculose verruqueuse, mais elle n'a, dit-elle, jamais toussé avec expectoration. De plus, elle a soigné, pendant ces trois derniers mois, sa mère, morte tuberculeuse, quinze jours avant le début des lésions papillomateuses.

On conçoit les causes multiples qui peuvent créer, dans ces conditions, l'inoculation tuberculeuse cutanée ; mais le plus souvent c'est le *crachat* qui est le premier intermédiaire. Le malade expectore un peu partout et souille tous les objets qui l'entourent.

Des blessures en nettoyant des *crachoirs* sont souvent notées. Lefèvre, Deneke, Tscherning, Du Castel, Leloir. Une malade de Thibaudet se blesse en faisant le lit de son mari tuberculeux et, en ce point, apparaît un tubercule anatomique. Dans quelques cas, l'inoculation se fait à l'occasion de piqure par la fourchette d'un tuberculeux. C'est le plus souvent à la faveur de *petites plaies préexistantes* que se fait l'inoculation par l'intermédiaire d'objets souillés de crachats ; d'où la fréquence des placards papillomateux multiples.

C'est souvent en *lavant* le linge des tuberculeux et en particulier leurs mouchoirs imprégnés de bacilles que se fait la contamination : Raymond, Elliot, Dubreuilh et Auché, Leloir, Eve, Robeff, Moynihan. Sura rapporte quatre cas de tuberculoses verruqueuses de la main survenues chez des laveuses professionnelles, elles-mêmes bien portantes, mais ayant des tuberculeux dans leurs clients.

Dans six cas de Wild, chez des enfants, des tuberculoses verruqueuses de la fesse purent reconnaître comme origine des contaminations par le rebord de *vases de nuit*. Dans l'entourage de ces enfants, il y avait des tuberculeux ; les pots de chambre étaient mal lavés ou même souvent servaient à la fois de crachoirs.

Giovannini rapporte l'observation d'un tisserand atteint de tuberculose verruqueuse de la main au niveau de trois plaies qu'il s'était faites simultanément avec un peigne d'acier à tisser, et il suppose que l'un des apprentis qui avait l'habitude de mouiller le fil à tisser avec sa salive était tuberculeux.

L'influence du *milieu tuberculisé* se retrouve souvent et explique la présence de tuberculoses verruqueuses. Le plancher, le sol, souillés par les expectorations de tuberculeux sont parfois à incriminer, surtout dans les tuberculoses verruqueuses des pieds : Charon et Gevaert en rapportent un cas à la plante du pied à la suite d'une blessure par un clou. Nous en rapprocherons notre observation I ; notre malade, racleur de parquets, en travaillant, se blesse avec une pointe sur la face dorsale de la main et il se développe en ce point un placard papillomateux.

Leloir rapporte trois observations très intéressantes de lupus scléreux de la région métacarpo-phalangienne de la main, survenu chez des enfants vivant dans un milieu tuberculeux, sur un sol (chambres et cours) souillé par les crachats de phtisiques. Dans ce cas, l'inoculation lui semble s'être ainsi faite : les enfants étaient porteurs de légères excoriations des doigts et de la main. Ils jouaient beaucoup à la toupie dans un milieu infecté, c'est en détachant du sol celle-ci encore en mouvement pour lui permettre de continuer à tourner dans leurs mains qu'ils s'infectaient. Comby note aussi l'inoculation de cinq enfants par les crachats de l'entourage.

Origine animale. — Si le tubercule anatomique d'origine humaine est surtout fréquent chez le médecin, le garçon d'amphithéâtre ou les gens qui soignent des malades, d'origine animale il est le risque professionnel des vétérinaires, garçons d'abattoirs et bouchers.

On retrouve dans la littérature médicale un certain nombre d'observations où l'inoculation de bacilles tuberculeux d'*origine bovine* est incriminée, dans quelques-unes, elle apparaît évidente. Riehl note cinq bouchers, deux cuisinières sur quinze cas de tuberculoses verruqueuses. C'est une grosse proportion. Cette étiologie semble, en effet, plus fréquente en Allemagne qu'en France. Martin du Magny rapporte un cas chez un gainier maniant des peaux d'animaux. Braquehayé, en 1889, discute cette origine pour une lésion verruqueuse chez un boucher, mais semble rejeter la nature

tuberculeuse de la lésion de son malade à cause d'une évolution trop rapide. Leloir, en 1891, rappelle que l'on trouve dans les travaux de Tscherning, Ponfick, Lefèvre et Jadassohn, un certain nombre d'observations de lupus scléreux papillomateux consécutifs à l'inoculation de la peau des mains par le sang ou les tissus d'un animal tuberculeux. Il insiste sur le cas cité par Pfeiffer, du vétérinaire Moser, de Weimar qui, se blessant à l'autopsie d'une vache phthisique a six mois après, un lupus papillomateux et qui, deux ans et demi après, meurt tuberculeux. Il ajoute que personnellement il en connaît plusieurs cas dont celui d'un équarrisseur qui eut un lupus scléreux du dos de la main avec lymphangite tuberculo-gommeuse.

Lassar, en 1901, rapporte trente-quatre cas de tuberculose verruqueuse dont cinq *bouchers*. Il note que ceux-ci y sont beaucoup plus exposés par suite de leurs rapports avec le bétail tuberculeux. Blaschko, dans la discussion qui suit, cite un cas chez une cuisinière, consécutif à une piqure par un os de bœuf.

En 1902, et notamment en 1903, Lassar revient sur la question de l'inoculation cutanée de la tuberculose bovine à l'homme. Il publie dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, 1903, une clinique illustrée de gravures où les lésions rappellent tout à fait celles produites par le bacille tuberculeux humain. De son enquête aux abattoirs de Berlin, il ressort que, somme toute, l'inoculation cutanée bovine est assez rare. Sur 108.000 cas de maladies dans le personnel des abattoirs en 10 ans, il ne retrouve que 34 tuberculoses verruqueuses. Pourtant, en 1902, lors-

qu'il a examiné le personnel de ces abattoirs il a trouvé une proportion de 2 à 3 cas pour 100 : sur 17 *vétérinaires*, 1 tuberculose verruqueuse; sur 34 estampilleurs de viande, 3; sur 6 porteurs de viande, 1; sur 308 abatteurs, 3 et 2 suspects, soit sur 365 personnes, 7 tuberculoses verruqueuses certaines, 2 suspects.

Joseph et Trautmann, sur 47 cas de tuberculose verruqueuse, trouvent 8 *équarisseurs*, dont 3 s'occupaient exclusivement de viande tuberculeuse, et rappellent que Pfeiffer, Ostertag, Audry, Winterniz ont vu des cas semblables. Pour eux si les cas n'en sont pas plus fréquents chez les vétérinaires, cela tient aux précautions qu'ils prennent. Ravenel, Spronck et Hoefnagel rapportent en 1902, des cas où des tuberculoses verruqueuses sont secondaires à des inoculations par de la matière tuberculeuse bovine.

Nous avons considéré deux de nos cas comme pouvant être d'origine bovine (obs. V, IV).

Dans le premier, le malade présente une tuberculose verruqueuse du dos du cou de pied droit. Il raconte que la lésion dont il est porteur, remonte à un an et demi. A cette époque, le port accidentel d'une galoche lui occasionna sur le dos du pied droit une écorchure, origine de la lésion actuelle. Cette galoche était la propriété d'un cultivateur lui-même bien portant, mais habitant un pays où les vaches sont manifestement tuberculeuses et reconnues dangereuses pour l'alimentation. Il est permis de se demander, dans ce cas, si la galoche, continuellement souillée par un milieu (fumier, purin), très susceptible de contenir de nombreux bacilles bovins, n'a pas contaminé directement

le malade. Nous avons entrepris avec notre maître, M. le professeur Nicolas, de faire la preuve expérimentale de cette origine, mais par suite d'un hiver très rigoureux, nos cobayes ont péri dès le début des inoculations.

Dans le second cas, le malade se blessa au poignet, avec une pointe d'une caisse de tripes de bœuf fraîches. Il persista à ce niveau une petite plaie, sans tendance à la cicatrisation, qui au bout d'un à deux mois prit un aspect papillomateux. On peut se demander si la pointe n'a créé que la porte d'entrée ou si, souillée de bacilles bovins, elle n'a pas inoculé en même temps l'agent infectant.

Dans nos recherches bibliographiques, nous avons trouvé quelques cas de tuberculoses verruqueuses anales et périanales chez des sujets absolument indemnes de toute tuberculose; nous croyons à la possibilité de bacilles de Koch ingérés par l'alimentation et inoculant l'anus au sortir du tube digestif. Nous n'avons trouvé aucun cas de tuberculose verruqueuse, consécutive à la vaccination.

Non seulement les bovidés, mais d'une façon générale, *tous les mammifères* peuvent être l'origine du bacille, qui donnera la tuberculose verruqueuse. Angibaud, dans sa thèse rappelle le cas d'un tripiier qui vit survenir des lésions papillomateuses, sur une écorchure produite par une esquille d'os de mouton.

L'un des cas de Robeff a succédé à une morsure de chien chez un individu sain. Il est évident que ces observations ne sont pas absolument probantes et que l'on peut toujours invoquer une infection tuberculeuse se-

conduire à la solution de continuité du tégument produite par le traumatisme.

Nous rapporterons, pour être complet, deux cas où le *bacille aviaire* serait en jeu, mais où toutefois la démonstration est loin d'en être faite.

Thibierge en 1891 cite le cas curieux que lui a montré Marie (1888) d'une tuberculose verruqueuse de la main, en même temps qu'une tuberculose pulmonaire, chez un gaveur de volailles. A son sujet, il se demande si dans tous les cas de tubercule anatomique où le bacille de Koch fait défaut, il ne serait pas possible de constater quelques autres microorganismes tuberculi-gènes (*zooglées*, *Aspergillus fumigatus*). Il se pose d'autant plus volontiers cette question qu'au Congrès de Berlin, Dieulafoy, Chantemesse et Widal ont fait une communication, sur une forme lente de tuberculose pulmonaire, ce qui était le cas du malade de P. Marie, chez les gaveurs de volailles et qui paraissait être produite par l'*Aspergillus fumigatus*. Nous croyons volontiers que l'inoculation d'origine aviaire n'a rien d'impossible. Mais, partisan avec notre maître M. le professeur Arloing, de l'unicité du bacille tuberculeux, nous pensons que c'est le bacille de Koch ordinaire qui sera mis en évidence dans les tuberculoses verruqueuses ainsi produites.

G. Durante en 1896, a présenté à la Société de biologie un cas de tuberculose cutanée occasionné, par un oiseau. Une femme bien portante reçoit un coup de bec au doigt, d'un moineau en cage, malade, qui bientôt meurt cachectique. Au niveau du traumatisme se développe cinq à six mois après, une lésion

tuberculeuse avec lymphangite nodulaire de même nature.

Si souvent il est ainsi possible de rapporter à une origine humaine ou animale la tuberculose verruqueuse, dans nombre de cas le mode de contamination échappe, l'on ne retrouve guère que le traumatisme qui a attiré l'attention du malade : brûlure, piquûre, égratignures par des ronces, plaies, ampoules, souvent produites aux points de pression par le soulier (Orlandi). Souvent on conçoit facilement une porte d'entrée créée par les nombreux petits traumatismes que peut donner la profession du malade, celle-ci expliquant souvent sa localisation spéciale. D'autres fois, l'on en est réduit à de multiples hypothèses facilement admissibles à cause de la fréquence des milieux tuberculisés soit par les bacilles humains, soit par les bacilles bovins. C'est ainsi par exemple qu'Allen et Scherwell ayant constaté quelques cas de tuberculose verruqueuse chez les coiffeurs invoquèrent, pour les expliquer, de petites blessures produites par des brosses dures en poils de cochons, infectées par le virus tuberculeux (Société de Dermatologie de New-York, 1901).

Deux cas de nos inoculations primitives, observations II et XIII, sont d'origine indéterminée. Dans l'un, la tuberculose verruqueuse s'est développée à la suite de lésions produites par une chute sur un hippodrome. Les relations avec ce traumatisme ne sont pas absolument nettes, sans quoi, étant donné le lieu, l'on pourrait soupçonner au bacille infectant aussi bien une origine animale qu'humaine.

La tuberculose verruqueuse est donc due le plus souvent à une inoculation primitive. Mais, le bacille de Koch, ainsi que nous l'avons vu dans les diverses conditions différentes, ne peut pénétrer dans le derme qu'à la faveur d'une *solution de continuité* des téguments. Celle-ci nous semble jusqu'ici comme absolument nécessaire. C'est l'opinion déjà exprimée par Leloir en 1892 et reprise par Robeff en 1896. Toutefois, bien que cela ne soit encore nullement démontré, l'on peut admettre la séduisante hypothèse du passage direct du bacille de Koch à travers l'épiderme normal et sa pénétration par les pores glandulaires. Cela permet d'expliquer certains faits où il semble ne pas y avoir eu de lésions de l'épiderme ouvrant la voie au virus infectant, mais n'oublions pas qu'il est des plaies si superficielles qu'elles passent inaperçues.

Terrain. — Mais cette inoculation du bacille de Koch dans le derme suffit-elle à produire la tuberculose verruqueuse? Celle-ci, si l'on considère l'extrême fréquence des milieux tuberculisés, le grand nombre de gens qui professionnellement sont dans les meilleures conditions pour la contracter, est relativement rare. Sans doute, l'on peut en chercher la raison dans l'intensité extraordinaire de vie de la peau et dans l'abondance de moyens de défense dont elle est pourvue. Mais, à côté de cela, ne faut-il pas faire intervenir l'état du sujet, une prédisposition toute spéciale? Le bacille de Koch est la graine; pour se développer, n'a-t-il pas besoin d'un terrain particulier?

On sait combien en pathologie générale on attache

d'importance à celui-ci toutes les fois qu'il s'agit de tuberculose. La pathologie cutanée ne fait pas exception. Aussi avons-nous été très étonné de trouver dans les conclusions de Robeff que la question du terrain est sans importance dans la tuberculose verruqueuse. L'étude même grossière des observations publiées prouve le contraire.

Déjà Vidal, en 1883, note que le lupus scléreux survient surtout chez des scrofuleux. Broca en 1889, Gaucher en 1895, Jadassohn en 1899 insistent sur une *prédisposition tuberculeuse* des sujets. De fait, dans un grand nombre des observations sur lesquelles est basée notre étude, nous retrouvons la tuberculose chez les parents directs et chez les collatéraux des malades, frères ou sœurs et souvent, dans la suite, ce sont des malades qui font facilement d'autres tuberculoses cutanées par auto-inoculation.

Toutes les causes qui débilitent l'organisme favorisent le succès des inoculations tuberculeuses. Il faut citer au premier chef l'*alcoolisme*. Les garçons de salles de dissection et d'amphithéâtres d'autopsie semblent plus particulièrement enclins à abuser de la boisson. Notre garçon de salle de dissection, observation III, était certainement un prédisposé à la tuberculose, pleurésie ancienne, mais c'était aussi un alcoolique. Le personnel des abattoirs n'est en général que peu sobre. Les *veilles*, les *fatigues*, le *surmenage physique* sont d'excellentes causes adjuvantes : c'est souvent peu de temps après la mort de parents tuberculeux que l'on observe l'apparition de tuberculose verruqueuse chez les gens qui les soignaient. Bourras insiste avec juste

raison sur le *surmenage intellectuel*, cause fréquente de débilitation chez les jeunes médecins, chez les internes candidats aux concours.

Donc, comme le dit M. le professeur Gaucher : « La réceptivité personnelle a une certaine influence sur la facilité avec laquelle se produit l'inoculation et aussi sur la persistance et la gravité de la lésion une fois produite. Il y a là une question de terrain qu'il ne faut pas oublier; tous les organismes ne sont pas égaux devant le bacille de la tuberculose. » C'est évidemment là, bien plus peut-être que dans la virulence du bacille inoculé, qu'il faut chercher l'explication de la gravité de certains cas. En particulier pour le pronostic, dans la question de la généralisation de l'infection à la suite de la lésion locale le terrain joue, comme nous le démontrerons, un rôle capital.

Nous laisserons de côté, pour l'envisager avec la partie bactériologique et expérimentale de la tuberculose verruqueuse, la question de la nature et de la virulence du bacille de Koch dans ces cas.

L'inoculation primitive de la tuberculose cutanée en pathologie générale. — L'étude de ces inoculations cutanées primitives de la tuberculose verruqueuse nous a longuement arrêté : c'est qu'elle n'est pas seulement intéressante en tant qu'étiologie de la tuberculose verruqueuse, elle a une portée plus générale et plus théorique. Elle est un excellent argument de l'inoculation directe chez l'homme de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale; de l'unicité de celles-ci par suite de l'identité de leurs lésions.

L'inoculation directe de la tuberculose humaine par la peau est aujourd'hui un fait universellement admis. Sans doute, c'est une notion déjà ancienne : dans les siècles derniers Morton, Valsalva, Morgagni évitaient de pratiquer des autopsies redoutant de s'inoculer une maladie générale infectieuse dont la tuberculose pulmonaire était la conséquence, la manifestation la plus ordinaire, mais les accidents locaux et cutanés ne semblent pas les avoir préoccupés.

Cette inoculabilité de la tuberculose par la peau fut cependant l'objet des plus vives discussions. Au début, l'expérimentation dans les mains d'Alibert, Hébréard, Guersant, Richerand, Kortum, Goodlad et Lespiau, donne des résultats négatifs. Villemin en 1865 démontra bien l'inoculabilité expérimentale de la matière tuberculeuse à l'animal, mais rares étaient les faits où la démonstration de l'inoculation tuberculeuse à l'homme par la peau pouvait être faite. Chauveau en 1872 échoua expérimentalement. Bollinger en 1883, alors que la virulence de la tuberculose est nettement démontrée ne peut inoculer la peau d'un animal sain. « La question de savoir, dit-il, si le poison peut être absorbé par les blessures superficielles de la peau a, outre l'intérêt théorique, un véritable intérêt pratique. Si oui, il en résulterait un grand danger pour quiconque manie des cadavres de phtisiques, ou des bêtes atteintes de pommelière, pour le chirurgien qui pratique des opérations sur les phtisiques, pour les bouchers, les équarrisseurs, enfin on devrait craindre au plus haut degré la contamination par la vaccine, qu'il s'agisse de vaccine humanisée ou animale. » Il entre-

voit ainsi nettement qu'elle pourrait être l'étiologie de l'inoculation tuberculeuse cutanée, mais il n'admet pas celle-ci et conclut que « la manipulation d'organes tuberculeux, l'abatage des bêtes phtisiques, les autopsies ne constituent pas un danger au point de vue de l'inoculation par la peau. »

C'est contre ces conclusions que s'élèvent la plupart des auteurs de 1883 à 1891, 1892, époque où, peut-on dire, l'inoculation directe de la tuberculose par la peau n'est plus mise en doute et est même considérée comme relativement fréquente. Les mémorables travaux de Villemin 1865 avaient établi l'inoculabilité de la matière tuberculeuse, Koch, 1882, en avait découvert l'agent pathogène. L'on se trouvait donc en possession d'un double critérium pour juger si une lésion était tuberculeuse ou non. L'on reprit à ce point de vue dans de nombreux travaux, dont nous avons signalé le plus grand nombre, l'étude des diverses tuberculoses cutanées. Le tubercule anatomique, le lupus scléreux et la tuberculose verruqueuse furent démontrés de nature tuberculeuse par leurs lésions histologiques, cellules géantes, follicules tuberculeux et surtout par la présence de bacilles de Koch constamment mis en évidence, soit par des colorations, soit par des inoculations expérimentales. L'étude étiologique montra la fréquence de ces lésions chez des gens vivant dans un milieu tuberculisé, ou leur apparition secondaire à de véritables inoculations tuberculeuses. Il est donc légitime d'en conclure à l'inoculation directe de la tuberculose par la peau. La tuberculose verruqueuse permet ainsi d'étudier sur l'homme les déterminations locales

du bacille de Koch sur la peau et le processus de généralisation.

L'inoculation directe de la tuberculose bovine à l'homme par la peau fut aussi tout d'abord admise sans conteste. Nous avons vu que, dans d'assez nombreux cas, la tuberculose verruqueuse succédait à des inoculations par des matières tuberculeuses animales et qu'elle était particulièrement fréquente chez des gens en rapport direct avec le bétail ou la viande d'animaux tuberculeux : vétérinaires, bouchers, équarrisseurs, cuisiniers, cultivateurs, etc.

Cependant l'étude de ces inoculations prit dans ces dernières années un intérêt capital tant théorique que pratique. En 1901, Koch au Congrès de la tuberculose de Londres, fait une sensationnelle communication sur la pluralité des bacilles tuberculeux en reconnaissant trois espèces : l'humain, le bovin et l'aviaire. Il établit en particulier la dualité du bacille bovin et du bacille humain en s'appuyant sur un argument qui touche de très près notre sujet, à savoir : l'extrême rareté de la tuberculisation de l'homme par les bacilles tuberculeux d'origine bovine.

Les travaux de Riehl et Paltauf, Nocard, Hartzell, Joseph et Trautmann, Gratia, Lassar, Jadassohn, Heller, Leloir, Ravenel, Tschscherning, Law, Jensen, Krause, Jong, Sick, Troje, Kober, Spronck et Hœfnagel, montrent d'une façon indiscutable la fréquence des *inoculations cutanées* de la tuberculose bovine à l'homme. Le bacille de Koch est mis en évidence dans les lésions inoculées.

Quelques auteurs : Lassar, Spronck et Hœfnagel,

Ravenel par des inoculations expérimentales, chez le cobaye et le veau, cherchent à isoler le bacille dans ces cas et à démontrer expérimentalement son origine bovine.

La réalité de cette inoculation admise, ce que quelques auteurs contestent, c'est la possibilité de la *généralisation de l'infection* tuberculeuse à la faveur de la lésion locale ainsi produite. On objecte l'expérience de Könisberg où vingt cancéreux traités avec de fortes doses de bacilles bovins en injections n'eurent, en fait d'accidents que de petits abcès vite guéris. On invoque les récents essais infructueux de Spengler et Klemperer. Mais, comme nous le verrons, en étudiant le pronostic, la tuberculose verruqueuse aussi bien d'origine animale que d'origine humaine peut donner lieu à des généralisations lymphatiques ou viscérales. Nous allons donc ici plus loin encore que Batier qui conclut à ce sujet que : « En inoculations dermiques ou sous-cutanées chez l'homme, les bacilles tuberculeux d'origine bovine peuvent déterminer une infection locale dont la généralisation aux ganglions paraît établie et la généralisation aux viscères très probable ». Bacilles humains et bacilles bovins engendrent donc par inoculation directe de la peau des lésions verruqueuses de même aspect, clinique, histologique et bactériologique dont rien ne peut différencier l'origine. Ces lésions à leur tour sont susceptibles de donner des généralisations lymphatiques ou viscérales par un même processus. Ceci est pour nous un argument de la plus haute importance en faveur de la théorie de l'*unicité* de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine, si

brillamment défendue en France depuis longtemps par notre maître M. le professeur Arloing et tout récemment par son élève Batier.

2° Auto-inoculation secondaire.

Dans ce mode de contamination, nous comprenons tous les faits dans lesquels le malade est déjà porteur d'une lésion tuberculeuse, quelle qu'elle soit, origine du bacille dont la colonisation en un point de sa peau ou de ses muqueuses dermo-papillaires donnera de la tuberculose verruqueuse.

Pour plus de clarté, nous distinguerons :

1° Un groupe de faits où le patient s'inocule à distance par ses sécrétions bacillifères ;

2° Des tuberculoses verruqueuses secondaires à l'ouverture cutanée de lésions tuberculeuses sous-cutanées ou profondes ;

3° Des tuberculoses verruqueuses d'origine interne reconnaissant une origine lymphatique ou hématique.

Auto-inoculations secondaires à distance, par voie externe. — Ce mode d'inoculation, après celui des inoculations primitives, se retrouve le plus souvent comme étiologie de la tuberculose verruqueuse. Leloir en 1892, le trouvait le plus rare : depuis, sa fréquence a été reconnue de tous les auteurs. Un grand nombre d'observations en a été publié et dans les cent soixante-six cas de Schultz il tient la place prépondérante.

Les différentes sécrétions bacillifères peuvent, suivant les cas, être incriminées. Mais le plus souvent, ce

sont les *crachats* au cours de la tuberculose pulmonaire qui servent de véhicule au bacille de Koch. Il faut préciser la porte d'entrée et le mécanisme d'auto-inoculation.

Comme dans les inoculations primitives, il faut une *érosion* traumatique ou pathologique pour permettre au bacille de Koch de pénétrer dans le derme. Celle-ci se trouve de préférence sur les parties découvertes plus exposées aux traumatismes. La nature en est variable, c'est tantôt une brûlure, Brissaud, Deschamps; ce sont souvent des égratignures par piqûres de ronce, comme dans l'un de nos cas, observation X; dans un cas de Behrend 1891, c'est une piqûre de moustique. Dans un cas très curieux de Cordier et Tournier, 1889, une tuberculose verruqueuse apparaît au niveau d'un tatouage : l'encre employée avait été délayée avec la propre salive du malade, il était tuberculeux. Il existe un cas presque analogue de Jadassohn : *lupus vrai*, consécutif à un tatouage, mais d'inoculation exogène primitive, l'encre ayant été délayée avec la salive d'un tuberculeux. Quelquefois, c'est dans la profession qu'il faut chercher l'origine de la porte d'entrée. C'est ainsi que Fabry, Schultz chez les mineurs rapportent cent soixante-six cas; toutefois, nous n'avons trouvé cette fréquence signalée ni en France, ni en Angleterre, ni en Amérique, par les dermatologistes des régions minières. Dans ces cas, les multiples fragments de charbon, qui jaillissent sous le pic, créent de multiples petits traumatismes. Il en est de même dans la profession de tailleur de pierres, retrouvée dans d'assez nombreuses observations, Foubard 1895, Bertrand 1906, etc... Un

malade d'Etienne 1894, tailleur de verre, avait présenté de la « gale du verre ». Dans ces cas, il se passe quelque chose d'analogue à ce qui se voit parfois pour la syphilis chez les galeux, mais avec une fréquence beaucoup plus grande, il y a une multiplicité d'inoculations tuberculeuses cutanées et souvent les deux mains sont atteintes. Les points de pression des instruments, les habitudes des malades déterminent la localisation cutanée du bacille de Koch. C'est ainsi qu'un malade de Heller, forgeron, tuberculeux pulmonaire, avait l'habitude pour avoir plus de prise sur son marteau de cracher dans la paume de ses mains et d'essuyer ensuite le crachat avec sa main droite : il en résulta à la face palmaire de celle-ci une tuberculose verruqueuse.

Que la salive chez ces tuberculeux soit apportée au niveau de ces lésions, l'inoculation aura grande chance de se produire. Vidal, Besnier 1889, Beclère, Jadasohn, 1898, ont insisté beaucoup sur la fréquence des tuberculoses verruqueuses du dos de la main droite chez les tuberculeux pulmonaires. Ils l'expliquent par l'habitude qu'ont les malades de s'essuyer les moustaches ou les lèvres avec le dos de la main droite, et plus particulièrement avec son bord radial, vers la tabatière anatomique ou le premier espace interdigital. Il est de fait que, chez les gauchers, la tuberculose verruqueuse se montre à gauche. C'est souvent en suçant leurs petites plaies des mains ou des doigts qu'ils s'auto-inoculent, Behrend.

Dans quelques cas, c'est au passage dans la bouche de l'expectoration pulmonaire que se fait l'inoculation ; c'est le mécanisme qu'il faut invoquer pour les cas de

tuberculose verruqueuse de la langue, Leloir, 1888, des commissures labiales, Dainville, 1904.

Dans d'autres faits, c'est le patient lui-même qui, avec les doigts, transporte sa salive en des points excoriés ou s'inocule par grattage.

Les *excrétions intestinales* peuvent, elles aussi, être l'origine des bacilles infectants, soit que le malade ait des lésions tuberculeuses intestinales, soit que tuberculeux pulmonaire il déglutisse ses crachats. C'est une pathogénie qui peut être invoquée pour expliquer la localisation périanales de certaines tuberculoses verruqueuses, en dehors de toute fistule (Leloir, Doutrelepont). Ce peut être l'origine à admettre pour un malade de Hartmann (1894), qui, tuberculeux pulmonaire et diarrhéique, a de la tuberculose verruqueuse périanales.

De même, il est possible que la tuberculose verruqueuse ait parfois pour origine une sécrétion de source vaginale ou utérine infectée par une *tuberculose génitale*, sécrétion qui, s'écoulant par le vagin, vient infecter les régions voisines. Cette étiologie a été invoquée par Leloir et Babès pour des lupus. Mais les tuberculoses verruqueuses de la vulve ou du vagin sont rares : nous n'en avons trouvé aucun cas dans les travaux d'ensemble de Bonnin, *Etude de la tuberculose de la vulve*, thèse Paris, 1904, et Gorowitz, *Tuberculose génitale de la femme*, thèse Paris, 1900. Nos recherches bibliographiques personnelles ne nous en ont donné que deux cas. Un de Nobl 1896, de tuberculose verruqueuse de la grande lèvre droite et du clitoris chez une tuberculeuse pulmonaire, sans qu'il soit

mentionné s'il y avait tuberculose génitale concomitante. Un autre de Fratelli, de la muqueuse vaginale, sans que l'étiologie en soit précisée.

Dans d'autres cas, l'auto-inoculation, *à distance*, est secondaire à des lésions tuberculeuses, cutanées ou profondes fistulisées à la peau. Dans un cas de lupus de la face légèrement prurigineux, un malade avait l'habitude de se gratter avec le dos de la main, à son niveau se développa une tuberculose verruqueuse (Leloir). Dans le cas de Prince O'Morrow, une tuberculose papillomateuse de la face semble bien pouvoir s'expliquer par une auto-inoculation secondaire à l'ouverture d'une lésion tuberculeuse du carpe, le doigt servant d'intermédiaire.

Parfois, sur le lupus lui-même, surtout dans les cas de lupus éléphantiasiques du membre inférieur se produisent des plaques verruqueuses tout à fait analogues au lupus scléreux de Vidal.

Auto-inoculations secondaires à l'ouverture à la peau de lésions tuberculeuses sous-cutanées ou profondes. — C'est un fait assez fréquent que de voir la tuberculisation de la peau se produire autour d'une lésion tuberculeuse préexistante, ouverte à l'extérieur. Les travaux de Renouard 1884, Leloir 1884-92, Jeanselme 1888, Hallopeau et Cronier 1889, Dubois-Havenitz 1890, Adenot 1893-95, Némorin 1904, ont établi nettement cette étiologie et son mécanisme pour la tuberculose cutanée, mais ils montrent aussi que dans ce cas l'inoculation tuberculeuse de la peau donne, en général, les formes typiques de cette affection : le

lupus vulgaire. La tuberculose verruqueuse y est rare : Cronier, dans sa thèse « de l'inoculation secondaire de la peau consécutive à l'ouverture de foyers tuberculeux sous-cutanés et profonds », Paris, 1889) n'en peut citer qu'un cas, rapporté la même année par Lyot et Gauthier ; Némorin, dans un récent travail général *Tuberculisation des cicatrices*, thèse (Montpellier) 1904, n'en trouve qu'un petit nombre de cas auxquels il ajoute deux observations. Toutefois, depuis que l'attention a été attirée sur ce point, sur ces *intra-inoculations*, comme les nomme Hallopeau, d'assez nombreux cas en ont été relatés. Ils restent néanmoins suffisamment peu fréquents pour que nous puissions les rapporter à peu près tous.

On peut reconnaître quatre origines principales de l'inoculation de la tuberculose verruqueuse de la peau par des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds, suivant leur siège : 1° Ganglions ; 2° tissu cellulaire ; 3° os et articulations ; 4° viscères.

1° *Ganglions*. — Les ganglions sous-cutanés ou voisins des téguments, tuberculisés et ramollis, s'ouvrant à la peau, donnent souvent du lupus, surtout dans la région cervicale. Ils peuvent aussi être l'origine de tuberculoses verruqueuses. Cette étiologie se trouve mentionnée comme possible par différents auteurs, Leloir, Du Castel, Hallopeau, mais nous ne l'avons trouvée indiquée d'une façon précise que dans deux cas : l'un de De Bovis est cité, avec planche, dans Mauclaire (Chirurgie de la peau, des muscles, des tendons, 1901). Il s'agissait d'une adénite inguinale double suppurée, de nature bacillaire, ayant donnée une tuberculisation

étendue de la peau de l'aîne, à type verruqueux. Ce cas était encore intéressant par son siège : Leloir, très documenté, écrivait en 1892 : « Je ne connais pas d'exemple de lupus consécutif à l'inoculation de la peau par des ganglions tuberculisés de la région inguinale ». L'autre est dû à Angibaud et était secondaire à une adénite cervicale suppurée.

2° *Gommes scrofulo-tuberculeuses*. — Elles sont elles aussi, dans certains cas, après ouverture à la peau, l'origine de tuberculoses verruqueuses. Mentionnée par les mêmes auteurs que précédemment, cette étiologie se retrouve nettement dans un cas de Knickenberg (1894).

Il y a à leur sujet, à retenir cette particularité que, par leur intermédiaire, une tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive peut donner lieu secondairement à des placards papillomateux d'auto-inoculation. Voici ce que l'on observe. Le premier placard verruqueux s'accompagne de lymphangite tuberculeuse ; celle-ci comme nous le verrons se manifeste sous forme de petits noyaux, de varices lymphatiques. Au niveau de ces varices lymphatiques ainsi tuberculisées peuvent se développer, Hallopeau, Jeanselme et Goupil, des gommes tuberculeuses qui, à leur tour, s'ouvrant à la peau, peuvent être la cause de tuberculose verruqueuse, Jeanselme 1889, Hallopeau 1896. C'est le processus qui se retrouve dans l'observation de Chotzen 1900, où l'on voit des placards de tuberculose verruqueuse apparaître successivement en remontant à la racine du bras et pour laquelle Oppler indique une propagation par voie lymphatique.

3° *Tuberculose ostéo-articulaire*. — C'est la cause, de ces inoculations secondaires, sur laquelle on a le plus insisté. Si la lésion n'a été rattachée que depuis peu à la tuberculose verruqueuse, il y a longtemps que l'on avait observé, les chirurgiens surtout, des productions papillomateuses se développant autour de l'orifice des fistules osteo-articulaires tuberculeuses.

Carl Weill, en 1874, rapporte une observation de papillome inflammatoire, tel que l'a décrit Roser, développé au niveau du sternum, au voisinage d'un orifice fistuleux à la suite d'une carie costale. L'étiologie, la description clinique et la planche qui l'accompagnent nous permettent de considérer ce cas comme de la tuberculose verruqueuse. D'ailleurs, Roser dans la compréhension de ses papillomes inflammatoires, caractérisés par l'hypertrophie des papilles de la peau et la formation entre elles de petits abcès, confondait certainement de nombreux cas de tuberculose verruqueuse.

En 1888, Lyot et Gauthier publient un cas de lupus papillomateux ayant pour point de départ une lésion tuberculeuse de l'épicondyle. Morel-Lavallée relate le cas d'un lupus scléreux papillomateux consécutif à une tuberculose du métacarpe.

Morrow observe un cas curieux, où, une tuberculose verruqueuse du poignet apparut secondairement à une ostéite du carpe. Chez le même malade il se produisit une tuberculose papillomateuse de la joue, auto-inoculation probable par le doigt du malade.

En 1889, Broca rapporte un cas de tuberculose verruqueuse consécutive à une ostéite du carpe.

En 1892, Prioleau de Brives rapporte l'observation d'un lupus scléreux papillomateux du pied, secondaire à une fistule osseuse, due à une carie du premier métatarsien.

Angibaud, cite le cas d'une tuberculose verruqueuse du dos de la main secondaire à une fistule du premier métacarpien.

En 1892, Leloir apporte deux cas personnels : « C'est ainsi que j'ai vu le lupus scléreux, papillomateux se développer dans un cas autour d'une fistule consécutive à une carie du calcanéum et envahir la peau de la malléole externe et de la face externe du pied. J'ai vu dans un deuxième cas, le lupus scléreux papillomateux se développer autour d'une fistule consécutive à une coxalgie suppurée et envahir la peau de la région de la hanche. »

En 1893, Adenot, *Revue de chirurgie*, fait une très intéressante étude sur l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées. C'est un point sur lequel son Maître Ollier insistait depuis longtemps, montrant la fréquence et l'obscurité de cette origine dans les affections lupoïdes des extrémités. Adenot se place exclusivement dans le cas où la relation entre tuberculose cutanée et osseuse est peu facile à reconnaître. Il se base sur un grand nombre d'observations dont la plupart sont des lupus végétants ulcéreux papillaires, à ulcération tuberculeuse fongueuse. Quelques cas, de par leur description, doivent être rapportés à la tuberculose verruqueuse vraie.

Dans un cas, c'est la malléole qui est l'origine d'une

tuberculose verruqueuse ayant envahi le dos du pied.

Dans un autre cas, qui lui est communiqué par Audry, une tuberculose verruqueuse du dos de la main est secondaire à un *spina ventosa*.

Adenot a le grand mérite d'attirer l'attention sur des lésions osseuses latentes qu'il faut toujours rechercher avec soin. Cela a non seulement un intérêt purement théorique, étiologique, mais encore pratique : la guérison de la tuberculose cutanée ne peut être obtenue tant que l'os n'est pas traité. En 1895, dans un second travail, il ajoute que les formes végétantes, papillomateuses et croûteuses indiquent une tendance à la guérison spontanée.

En 1894, Heyse publie l'observation d'une tuberculose verruqueuse du dos du pied et du gros orteil, secondaire à une carie osseuse.

Knickenberg en rapporte deux cas : l'un à la suite d'une ostéite du cubitus, l'autre secondaire à une ostéite du métacarpe.

Etienne dans son travail cite deux cas de E. Besnier : une tuberculose verruqueuse de la main développée sur la cicatrice d'un abcès tuberculeux métacarpophalangien ; une autre consécutive à une fistule osseuse de *spina ventosa*, et rapporte un cas personnel consécutif à une opération de Pirogoff pour lésions osseuses de nature tuberculeuse.

En 1896, Vautrin relate un cas de pachydermie de l'avant-bras gauche avec tuberculose verruqueuse, le tout secondaire à une tuberculose osseuse de l'avant-bras.

En 1898, Brousse et Ardin Delteil présentent un cas

de tuberculose cutanée à manifestations multiples et variées dont des placards de tuberculose verruqueuse secondaires à du *spina ventosa*.

En 1905, Morestin excise un lupus, avec points de tuberculose verruqueuse, de la face dorsale de la main et des doigts, consécutif à une tumeur blanche d'une des articulations du médius. Dans l'une des observations, XIV, qu'il nous communique, c'est une ostéite malléolaire qui a été le point de départ de la tuberculose verruqueuse.

Parfois, c'est une *synovite fongueuse* qui est l'origine de la tuberculose verruqueuse : Ulmann, en 1897, en rapporte un cas après ouverture d'une synovite fongueuse de la gaine tendineuse du dos de la main. Némorin, en 1904, un autre après l'ouverture d'une synovite tuberculeuse du cou de pied droit.

4° *Viscères*. — Toute tuberculose viscérale se faisant jour à la peau, peut être l'origine d'une tuberculose verruqueuse, mais jusqu'ici nous n'avons trouvé ce fait signalé que pour les *fistules tuberculeuses ano-rectales*.

En 1891, Besnier, in Kaposi, rappelle qu'il a vu un cas où, sur le territoire d'une fistule anale, tuberculeuse, opérée par Trélat, il s'était développé une vaste plaque en éventail présentant le type de la tuberculose papillomateuse.

Liebreicht fait connaître un cas analogue.

En 1892, Leloir voit un cas de lupus scléreux papillomateux se développer autour d'une fistule de l'anus d'origine tuberculeuse, et envahir la peau de la fesse et de la région péri-anale.

En 1894, Hartmann, dans son étude sur la tubercu-

lose ano-rectale rapporte un cas où, au voisinage d'un abcès froid de la marge de l'anus, la peau prit un aspect franchement papillomateux de tuberculose verruqueuse.

En 1902, un cas à peu près identique, fut rapporté par Leredde et Pautrier : tuberculose papillomateuse périanale, remontant dans le pli interfessier, consécutive à un abcès froid de la marge de l'anus. Notre observation XV concerne une tuberculose verruqueuse périanale par auto-inoculation, secondaire à un abcès froid de la marge de l'anus.

Nos recherches bibliographiques ne nous ont permis de trouver aucun cas de tuberculose verruqueuse secondaire : à des fistules pleurales d'empyème pour pleurésies purulentes tuberculeuses, à des fistules consécutives à de la tuberculose du testicule, de la vessie après cystotomie, ou à la péritonite tuberculeuse ainsi que des observations en ont été rapportées par notre maître, M. le Professeur Rochet, dans la thèse de son élève Chanay, 1898.

Les relations qui unissent la tuberculose verruqueuse aux lésions tuberculeuses sous-cutanées ou profondes peuvent parfois passer inaperçues et faire méconnaître l'étiologie véritable. Nous avons vu Adenot insister sur ce point à propos des lésions osseuses. C'est qu'en effet rien n'est plus variable que la date d'apparition des placards papillomateux dans ces cas, et parfois le souvenir des lésions antérieures a disparu. Tantôt, mais cela est rare, c'est peu après l'évacuation du foyer purulent que l'on voit apparaître la tuberculose verruqueuse cutanée ; plus souvent, ce n'est qu'alors qu'il persiste depuis longtemps une fistule ; enfin d'après

Cronier et Némorin, ce serait surtout après la cicatrisation, ou alors qu'il ne reste plus qu'un petit pertuis que l'on verrait se développer dans le tissu nodulaire de cicatrice, ou dans son voisinage des productions verruqueuses. Celles-ci par leur développement peuvent arriver à masquer la fistule qui leur a donné naissance.

Comment se fait l'infection du corps papillaire dans ces cas ?

Une *inoculation externe* doit être incriminée dans la grande majorité des faits. C'est le pus de la lésion tuberculeuse, peu riche en bacilles tuberculeux d'ailleurs, qui un beau jour à la faveur d'une érosion inocule la peau. En faveur de cette origine, nous ferons remarquer que le développement primitif de placards papillomateux se fait non à la limite même de l'orifice de la fistule, mais plus ou moins en dehors d'elle. L'apparition, le plus souvent très tardive de la tuberculose verruqueuse dans ces cas, sa rareté relative vu le grand nombre de fistules tuberculeuses de toute origine, nous font croire que c'est autrement que par continuité que se fait l'infection du corps papillaire.

Dans les cas où la tuberculose verruqueuse a son point de départ dans une cicatrice à la suite de fistule tuberculeuse, l'on peut se demander avec Lenglet si « le bacille de Koch ne peut demeurer très longtemps latent dans les tissus infectés par lui et qui sont devenus cicatriciels, sans perdre complètement le pouvoir de se multiplier, d'inoculer autour de lui et de reprendre une évolution active ». La réalité de ce fait aurait pour nous le grand avantage d'éclairer la pathogénie de certaines incubations fort longues de tu-

berculoses verruqueuses d'inoculations primitives. L'on peut admettre que le bacille de Koch peut être inoculé dans la peau par un traumatisme, qu'il subit une sorte d'enkystement sous l'influence d'une lutte énergique des éléments de la peau, et se trouve compris dans la cicatrice qui résulte de la plaie primitive. Ultérieurement, à cause de modifications survenues dans le terrain, le bacille pourra retrouver sa vitalité et donner lieu aux lésions de la tuberculose verruqueuse. C'est peut-être là qu'il faut aussi rechercher l'origine des récidives si fréquentes dans les tissus de cicatrice de cette affection.

Dans quelques cas où des tuberculoses verruqueuses de la peau se sont développées au-dessus de lésions tuberculeuses profondes sans relations apparentes avec elles, on s'est demandé s'il n'y avait pas lieu d'admettre soit une propagation par continuité, soit une propagation par voie lymphatique ou veineuse. Nous rappellerons seulement que le plus souvent entre les deux existe un trait d'union : la fistule, qu'il faut toujours soigneusement rechercher. Sans méconnaître la possibilité de pareilles pathogénies nous croyons à une inoculation externe dans la généralité des cas.

Origine lymphatique. — Nous venons de la voir invoquée ci-dessus. Dans d'autres cas, elle permettrait d'expliquer l'apparition de placards papillomateux à distance d'un foyer tuberculeux et sans relations apparentes avec lui. Dans une observation de Lejars, 1891, *Essai sur la lymphangite tuberculeuse. Études Expérimentales et Cliniques sur la Tuberculose*, des lésions

tuberculeuses débutèrent sur la face dorsale du pied gauche sous forme de gommes tuberculeuses. Puis les membres inférieurs et supérieurs furent à leur tour envahis par une multitude de gommes et de placards papillomateux. Il semble bien ainsi que l'admet l'auteur que, dans ce cas, la dissémination et la généralisation cutanée se soient faites par voie lymphatique. Dans l'une de nos observations, III, le malade porteur d'une tuberculose verruqueuse de la main vit apparaître une plaque de tuberculose cutanée de la face interne du bras.

A ce sujet, Leloir, 1892, à titre d'hypothèse, se demande si « dans certains cas une tuberculisation viscérale ne peut pas, en créant des lymphangites tuberculeuses, être à distance l'origine de foyers tuberculeux tégumentaires plus ou moins étendus et plus ou moins généralisés ».

Origine hématique. — On sait que l'origine hématique pour Baumgarten est la cause la plus fréquente du lupus vulgaire. Aussi quelques auteurs l'ont-ils invoquée dans l'étiologie de la tuberculose verruqueuse, qui est une forme du lupus. Mais actuellement il est démontré que le lupus vulgaire, de même que la tuberculose verruqueuse, est dû le plus souvent à une inoculation externe. Aussi, n'est-ce que dans quelques cas particuliers qu'il faut faire intervenir l'origine hématique.

En 1895, Joseph, pour un cas de tuberculose verruqueuse de la main droite, pense à une infection par voie hématique, parce que son malade avait eu dans

son enfance une affection pulmonaire et qu'actuellement il ne trouvait aucune porte d'entrée ou cause d'infection. Ce cas et les faits semblables sont passibles de trop d'objections pour servir d'arguments. L'on invoque le traumatisme pour expliquer la localisation.

Il en est tout autrement des cas de lupus disséminés avec nombreuses plaques de tuberculoses verruqueuses survenant à l'occasion d'une rougeole. Nous reviendrons plus loin sur ces faits, notons seulement que la plupart des auteurs, Leloir, Hallopeau, Leredde, Lang, Torok, Jadassohn, Finger, admettent que, dans ces cas, l'infection cutanée se fait par voie sanguine, l'enfant étant nettement tuberculeux ou un tuberculeux latent.

Cette origine hématique de la tuberculose verruqueuse même dans ces cas est rejetée par certains auteurs. M. le professeur Gaucher n'écrit-il pas : « que le lupus se présente comme une lésion primitive, ce qui est le cas le plus fréquent, ou qu'il paraisse chez un sujet déjà tuberculeux l'infection de la peau est toujours d'origine externe, les germes pathogènes du lupus ne sont pas apportés aux téguments par la voie sanguine ».

Les deux observations XVII et XVIII qui nous sont communiquées par M. Tixièr sont évidemment des tuberculoses verruqueuses d'auto-inoculation secondaire, mais par quel mécanisme? Sont-elles dues à une infection par voie exogène ou par voie endogène. La première peut être invoquée pour l'observation XVII, à cause des lésions pulmonaires, mais ne peut-on pas admettre une infection de la peau, par la voie sanguine, pour l'observation XVIII? Les rapports qui unissent la

tuberculose verruqueuse du cas XVII à la péritonite et à l'affection pulmonaire antérieure sont des plus intéressants, la nature tuberculeuse de ces affections se trouvant affirmée par la lésion cutanée.

III. — CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES ACCESSOIRES

L'étude des divers modes, suivant lesquels nous venons de voir la tuberculose verruqueuse prendre naissance, permet d'apprécier quelle influence peuvent jouer, comme conditions étiologiques accessoires, la profession, le climat du pays, la race, le sexe, l'âge du malade.

Profession. — Nous y avons suffisamment insisté précédemment pour n'avoir pas à y revenir longuement.

La tuberculose verruqueuse par inoculation primitive est un *risque professionnel* tant des étudiants en médecine, médecins, garçons d'amphithéâtres, personnel hospitalier, des gens qui entourent et soignent des tuberculeux, que des vétérinaires, du personnel des abattoirs, bouchers, équarisseurs et de toute personne en contact journalier avec du bétail ou de la viande tuberculeuse. Dans les cas d'auto-inoculation, la profession intervient le plus souvent pour créer la porte d'entrée et expliquer les localisations.

Distribution géographique. Races. — La tuberculose verruqueuse, est de tous les pays et de toutes les races. Comme toutes les tuberculoses cutanées en

général, elle est moins fréquente dans les pays chauds. Asahi, 1902, qui l'a étudiée à Tokio, n'a pu en réunir que trois cas dans la clinique de Dohi et la tient pour très rare dans le Japon. Depuis, les travaux de Aoki, Kurita, Ohno, Okukawa, Sakurane l'ont montrée plus fréquente. Elle paraît rare chez le nègre, son diagnostic en est difficile ainsi que le montre un cas de Shelnire (1906).

En tant que tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive et d'origine animale elle nous a paru, fait qui déjà avait frappé Merklen en 1886, être beaucoup plus fréquente en Allemagne. Nous y joindrons l'Amérique.

Sexe. — Ainsi que le remarquent Vidal, Riehl et Paltauf, Leloir et les auteurs qui se sont occupés de la question, contrairement aux autres formes de lupus qui sont plus fréquentes chez la femme, la tuberculose verruqueuse se rencontre le plus souvent chez l'homme.

Leloir notait 3 femmes pour 8 hommes, Riehl, 3 femmes pour 12 hommes. Il en est de même dans toutes les statistiques que nous avons précédemment énumérées. Hahn, Angibaud, Leloir, Étienne, Knickenberg, Robeff, Joseph et Trautmann. Rappelons que le travail de Schulz porte sur 166 mineurs.

Sur nos 16 observations personnelles, 12 concernent des hommes.

L'étiologie, nous ayant montré l'influence de la profession et du traumatisme, explique cette différence de fréquence chez l'un et l'autre sexe.

Age. — La plus grande fréquence des tuberculoses verruqueuses se montre de 15 à 45 ans. On peut toutefois l'observer aussi bien chez les vieillards que chez les enfants.

Chez les *vieillards*, elle peut survenir à un âge très avancé ; elle est due presque toujours à une inoculation primitive contractée en donnant des soins à des malades tuberculeux. Frèche en 1895, Savill en 1906, rapportent respectivement un cas d'inoculation primitive de tuberculose verruqueuse chez des femmes de quatre-vingts ans soignant leurs petits-enfants tuberculeux.

Chez les *enfants*, l'étiologie présente quelques particularités intéressantes.

Tout d'abord, quelle est chez eux la *fréquence* relative de la tuberculose verruqueuse ?

Lenglet, décrivant à l'occasion du lupus des membres le tubercule anatomique et le lupus scléreux et papillomateux dit de ce dernier : « Il est plus fréquent chez les enfants que chez les adultes ». (*Pratique dermatologique*, 1902). Dubreuilh, décrivant les tuberculoses cutanées écrit : « la tuberculose verruqueuse est rare dans l'enfance parce qu'à cet âge, les inoculations tuberculeuses sont moins fréquentes et qu'elles prennent habituellement la forme ulcéreuse ». (*Traité des maladies de l'enfance* de Gaucher, Comby, Marfan, t. V.)

Dans nos recherches bibliographiques, nous avons relevé un assez grand nombre de cas à ne citer que ceux de Comby 1889-98, 6, Sevestre 1890, 2, Leloir 1892, 4, Palm 1896, Wild 1899, 6, Perrin et Gœpfert 1902, 2, Mac Leod, Nobl, Morestin 1904, Graham

Little 1903 etc... et un certain nombre de cas à étiologie spéciale, consécutifs à la rougeole, cités dans la thèse de Rochette.

Ainsi que le fait remarquer Comby, les enfants ne crachent pas, aussi sont-ils inoculés par les crachats des autres. Chez eux, c'est *l'inoculation primitive* qui est la règle. Il est facile de trouver l'origine du bacille chez leurs parents, dans les gens qui les entourent, dans le milieu. Nous avons signalé les cas de contamination curieuse d'enfants jouant à la toupie, Leloir, d'enfants contaminés par les bords de vases de nuit, Wild. Une sœur d'un des petits malades de Comby avait un lupus de la joue, peut-être était-ce là qu'il fallait chercher l'origine de la tuberculose verruqueuse, peut-être ces deux formes de tuberculoses étaient-elles dues à une inoculation dans un même milieu tuberculisé? Un point intéressant à noter est la multiplicité des placards papillomateux et cela en dehors de toute origine post-exanthématique; Comby a pu dans un cas en compter 19. Ce sont les enfants qui se réinoculent eux-mêmes par grattage.

Un point important dans l'étiologie de la tuberculose verruqueuse est l'influence sur son apparition des maladies éruptives en général et plus particulièrement de la rougeole.

L'étude des *tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives et en particulier à la rougeole* est de date récente, et ne remonte pas avant 1889, où Besnier paraît en avoir relaté la première observation. Cependant les travaux sont déjà nombreux; nous ne citerons ici que les principaux, ceux de : Du Castel

(1894-1900; la thèse de Loustau *Des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives et en particulier à la rougeole*, Paris, 1901), qui donne une vue d'ensemble de la question; un article de M. le professeur Gaucher et Druelle « Quelques cas de tuberculoses cutanées consécutives à la rougeole » *Gazette des Hôpitaux*, 1905, où les auteurs apportent quatre observations nouvelles et mettent très clairement la question au point; enfin l'excellente thèse de Rochette *Rapports des tuberculoses cutanées et particulièrement du lupus disséminé avec la rougeole*, Lille, 1905, qui résume tous les travaux antérieurs à l'occasion de cas personnels.

Nous avons pu, par ces travaux et par des recherches personnelles, réunir un certain nombre d'observations de tuberculoses verruqueuses consécutives à la rougeole, c'est-à-dire apparues pendant le cours ou la convalescence de cette affection ou immédiatement après sa guérison.

En 1889, Comby présente à la Société de Dermatologie un enfant porteur de quatre tubercules anatomiques papillomateux de la main gauche et une gomme scrofulo-tuberculeuse de l'avant-bras droit, survenus à la suite d'une rougeole. Les rapports des deux affections ne sont pas discutés, mais l'auteur craint une propagation viscérale secondaire; il admet donc une inoculation primitive.

En 1894, Doutrelepont mentionne un enfant de quatre ans chez qui apparut, consécutivement à la rougeole, un lupus disséminé qui avait l'aspect papillaire sur les mains.

En 1895, Adamson rapporte l'observation d'un *lupus verruqueux* multiple.

Colcott Fox rapporte le cas d'une tuberculose miliaire exanthématique avec, sur le dos des doigts et des mains, des noyaux devenant papillomateux, puis un cas de *lupus* à forme de *lupus psoriasis* d'Hutchinson avec, sur les mains, des hypertrophies papillaires.

En 1898, Hausalter publie deux cas de *lichen scrofulosorum* avec, sur les mains, de petits placards verruqueux.

En 1899, Funck-Warchau rapporte le cas d'une fillette de cinq ans qui, six mois après la rougeole, eut un *lupus* vulgaire disséminé avec, sur le genou, un noyau pisiforme à aspect de *lupus verruqueux*.

En 1903, R. Crocker, dans son *Traité des maladies de la peau*, cite deux cas de *lupus* disséminé, l'un avec dix placards verruqueux, l'autre vingt.

En 1904, Nobl rapporte un cas de *lupus verruqueux* consécutif à la rougeole avec lésions très verruqueuses des pieds et des mains chez une fillette de cinq ans, qui ne présentait aucune lésion ganglionnaire ou pulmonaire.

En 1905, M. le professeur Gaucher et Druelle publient l'observation d'une tuberculose verruqueuse disséminée consécutive à une rougeole. Chez une fillette de cinq ans, un mois après la fièvre éruptive, étaient apparus trois foyers de tuberculose verruqueuse : au coude gauche, sur la face dorsale de la main, à la face plantaire du pied droit.

Finger observe chez une fillette de huit ans, consécutivement à la rougeole, un *lupus* disséminé sur tout

le corps avec, sur les mains et les pieds, quelques plaques typiques de tuberculose verruqueuse. Pour l'auteur, il y a là une véritable origine hématique, ce qui montre que la tuberculose verruqueuse n'est pas toujours consécutive à une inoculation de dehors en dedans.

Nobl observe un nouveau cas de lupus disséminé à la suite de rougeole avec, sur les doigts et les orteils, une éruption verruqueuse ; il admet une infection générale par le sang. Dans la discussion, Jadassohn, Walter rejettent cette origine et admettent une inoculation exogène. Finger établit l'identité du lupus verruqueux et de la tuberculose verruqueuse, l'un et l'autre pouvant se voir par voie sanguine.

Rochette, dans un cas chez une fillette de cinq ans et demi, observe, cinq mois après une rougeole, un lupus de la face, des placards verruqueux sur les bras, et du lupus vulgaire sur le reste du corps. L'étude histologique d'un fragment verruqueux donne tous les caractères de la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf : l'inoculation au cobaye est positive.

En 1906, Graham Little rapporte un cas de tuberculose verruqueuse de la peau, multiple, consécutive à la rougeole, chez un enfant de deux ans. L'examen histologique montre une tuberculose verruqueuse nettement caractérisée.

La forme verruqueuse est assez fréquente à la suite de la rougeole, et ce, au point où les tuberculoses d'autres causes prennent cet aspect, ce qui semble bien prouver que les caractères anatomo-topographiques de la peau de certaines régions influent sur la réaction

végétante et papillaire qui caractérise la tuberculose verruqueuse. Pour expliquer ces tuberculoses cutanées post-exanthématiques, deux grandes théories ont été données. Les uns invoquent une *origine exogène* (Gaucher, Pelagatti, Unna et son élève F. von Veress) et font remarquer le bon état général des enfants : les fièvres éruptives n'ont pour rôle que de mettre la peau dans les conditions d'inoculation les plus favorables ; les autres croient à une *origine hématique*, l'enfant est le plus souvent un tuberculeux en activité ou latent, la fièvre éruptive mobilise le bacille, qui va se localiser aux lieux de moindre résistance de la peau créés par l'éruption. Pour prendre une idée complète de la question, nous ne saurions mieux faire que de conseiller la lecture de la thèse de Rochette et du travail de F. von Veress (*Ueber Lupus post-exanthematicus*). *Monats. für praktis. dermatol.*, 1905.

IV. — PARALLÈLE ÉTIOLOGIQUE DU LUPUS VULGAIRE ET DE LA TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

Nous ne voulons pas quitter ce chapitre de l'étiologie, sans établir un parallèle de la tuberculose verruqueuse et du lupus vulgaire, à ce point de vue. Sans faire une étude approfondie des causes du lupus vulgaire, dont la nature tuberculeuse est nettement démontrée, nous résumerons simplement les traités classiques de dermatologie : pour ne citer que les plus récents, Leloir, Gaucher, Hallopeau, la *Pratique dermatologique* (Lenglet), Brocq.

Le *lupus* vulgaire débute ordinairement dans l'enfance et la jeunesse, et les femmes y sont plus prédisposées. Il n'y a pas là une différence absolument essentielle avec la tuberculose verruqueuse que nous avons donnée plus fréquente à l'âge adulte et chez les hommes, l'explication en étant trouvée dans les conditions étiologiques accessoires.

Le *lupus* vulgaire est dû à une inoculation directe du principe actif de la tuberculose. Nous connaissons l'opinion tout à fait exclusive de M. le professeur Gauthier. Brocq, de même ne parle pas de l'origine sanguine. Toutefois cette voie d'infection est possible et il semble que l'on doive la conserver pour expliquer certains faits, ne serait-ce que les cas de *lupus* disséminés, postexanthématiques. Le *lupus* vulgaire prédomine aux parties découvertes, plus sujettes à l'inoculation. Toute solution de continuité de l'épiderme traumatique ou pathologique, toute vie dans un milieu tuberculisé, dans l'entourage de personnes ou d'animaux tuberculeux, constituent d'excellentes conditions, favorisant l'inoculation du *lupus*. Le *lupus* se montre souvent secondairement à l'ouverture à la peau de foyers tuberculeux, sous-cutanés ou profonds. Les maladies générales, les fièvres éruptives surtout, la rougeole en particulier, sont souvent la cause apparente d'un *lupus*, le plus souvent à forme disséminée. La question terrain, plus peut-être que la virulence du principe inoculé, joue un rôle dans le développement du *lupus* vulgaire.

En somme, ce sont là les conditions étiologiques que nous avons signalées pour la tuberculose verru-

queuse. Rien à ce point de vue ne saurait différencier cette affection du lupus vulgaire. La dualité établie entre les deux, la première tuberculose d'inoculation externe, le second, tuberculose d'origine hématique, ne saurait persister. L'une et l'autre dans le plus grand nombre des cas, sont des tuberculoses d'inoculation de dehors en dedans; mais ils peuvent relever parfois tous les deux d'une origine hématique. Il est difficile aussi, semble-t-il, de vouloir établir par l'origine du bacille une distinction entre les deux : le lupus, tuberculose d'auto-inoculation et la tuberculose verruqueuse, forme d'inoculation primitive et exogène.

Cette identité d'étiologie se trouve démontrée par l'observation des faits. Nous rappellerons les cas d'inoculations accidentelles nettement tuberculeuses donnant soit des ulcérations (Wahl, Elsenberg, Eve, Lindmann, Jadassohn, toutes les ulcérations tuberculeuses à la suite de circoncisions); soit des abcès sous-dermiques, des panaris (Tscherning, Axel-Host), soit du lupus vrai (Leloir, Jadassohn et Doutrelepon), soit enfin de la tuberculose verruqueuse. Nous avons mentionné une même cause, encre de Chine délayée avec de la salive tuberculeuse, donnant à l'occasion de tatouage chez un malade de M. Cordier, de la tuberculose verruqueuse, par auto-inoculation, chez un malade de Jadassohn, du lupus, par inoculation exogène primitive. Dans les auto-inoculations secondaires par les crachats, dans les cas où la profession crée de multiples portes d'entrée, comme chez les malades de l'abry, de Schultz, on voit souvent l'inoculation donner en des points des placards papillomateux, en d'autres voisins

des placards lupiques. Nous avons vu qu'au voisinage des orifices cutanés de fistules tuberculeuses se développent indifféremment du lupus vulgaire ou de la tuberculose verruqueuse. Parfois les deux existent chez un même malade, mais en des points différents. Dans une observation se trouve notée : au cou, du lupus avec nodules typiques, autour d'une fistule due à une adénite; alors que sur le dos de la main se voit une tuberculose verruqueuse secondaire à une ostéite. Bien plus, comme le signalent Du Castel, Knickenberg, on peut voir d'abord se développer autour de la fistule une plaque de tuberculose cutanée souvent franchement lupique qui, à la périphérie, prend l'aspect papillomateux, et désormais progresse sous la forme verruqueuse. Enfin, dans les lupus disséminés consécutifs à la rougeole, l'on observe le plus souvent des manifestations cutanées tuberculeuses multiples : nodules lupiques tuberculeux, généralisés, parfois quelques ulcérations, souvent éléments de *lichen scrofulosorum* et placards papillomateux des mains et des pieds.

S'il nous est permis d'après tout cela de conclure que les rapports les plus intimes unissent le lupus vulgaire et la tuberculose verruqueuse et d'entrevoir que celle-ci n'est qu'une forme de lupus, rien jusqu'ici ne nous explique pourquoi une même cause, l'inoculation du bacille de Koch dans des conditions apparentes identiques, donne lieu à l'un ou l'autre type. C'est un point sur lequel nous reviendrons quand, en connaissance de toute l'étude de la tuberculose verruqueuse, nous déterminerons sa place exacte dans le groupe nosographique de la tuberculose cutanée.

V. — CONCLUSIONS

I. — La tuberculose verruqueuse est dans la majorité des cas une **tuberculose d'inoculation externe**, le bacille de Koch pénétrant dans la peau de dehors en dedans.

1° *L'inoculation primitive exogène* est celle survenant chez un sujet indemne de lésions tuberculeuses. C'est la plus fréquente, deux tiers des cas. Elle est de beaucoup la plus intéressante : elle est l'origine des formes verruqueuses de tuberculoses inoculées accidentelles qui font tout l'intérêt de notre étude.

a). C'est avant tout le *risque professionnel*, d'une part des étudiants en médecine, médecins, garçons d'amphithéâtre, enfin de tous ceux qui entourent ou soignent des tuberculeux ; d'autre part, des vétérinaires, des bouchers, des équarrisseurs, de tous ceux qui sont en rapport avec de la viande ou des animaux tuberculeux, suivant que l'on peut incriminer une *origine humaine* ou une *origine animale du bacille*.

Dans les autres cas, la contamination accidentelle se fait par des objets souillés du virus tuberculeux ou reste indéterminée.

Dans tous ces cas, la tuberculose verruqueuse est le résultat d'une inoculation du bacille de Koch, à la faveur d'une *solution de continuité* de l'épiderme, nécessaire semble-t-il ¹.

¹ Toutefois, expérimentalement, M. le professeur Courmont et M. Lesieur, chez le cobaye, le lapin et le veau, ont démontré

b) La question du *terrain*, et surtout la prédisposition héréditaire à la tuberculose, le tempérament lymphatique, nous paraissent jouer un rôle certain pour favoriser le succès de l'inoculation d'abord, la gravité locale ensuite, puis la propagation lymphatique, et enfin la généralisation. L'alcoolisme, la misère, le surmenage sous toutes ses formes, et tout ce qui peut débilitier l'organisme, sont d'excellentes causes adjuvantes.

c) Il y a peut-être aussi une question de *virulence* du bacille, mais nous ne pouvons porter aucune conclusion ferme.

d) L'inoculation primitive est du plus grand intérêt en pathologie générale, elle démontre :

α. *L'inoculation tuberculeuse humaine par la peau*, tant par le bacille humain que le bacille animal.

β. *L'unicité des bacilles tuberculeux* en conséquence de l'identité de l'étiologie, des lésions cliniques et histologiques, locales et générales dans les deux cas.

2° *L'auto-inoculation secondaire* est celle qui survient chez un sujet porteur d'un foyer tuberculeux, origine du bacille infectant dont la colonisation dans la peau donnera la tuberculose verruqueuse.

a) Dans le plus grand nombre des cas, le malade est un tuberculeux pulmonaire qui s'auto-inocule par ses *crachats bacillifères*, le plus souvent au niveau des mains, la profession expliquant la porte d'entrée et leur localisation. La tuberculose verruqueuse de la

le passage du bacille tuberculeux à travers l'épiderme, sans lésion locale de celui-ci. Une tuberculisatation viscérale s'en est suivie. (*Expériences inédites*).

langue et des commissures labiales, est due à l'inoculation de la muqueuse au passage des crachats. Dans des cas de tuberculose verruqueuse des régions vulvaires, anales et périanales, c'est une *origine intestinale ou génitale* qu'il faut chercher. Quelques fois il y a inoculation à distance d'une lésion tuberculeuse cutanée.

b) Dans d'autres cas, l'ouverture à la peau de ganglions tuberculeux, de gommes et d'affections ostéo-articulaires de même nature est susceptible de provoquer au niveau de la *fistule* le développement d'une tuberculose verruqueuse. Celle-ci peut naître au niveau d'une *cicatrice* de fistule bacillaire; ce serait même le cas le plus fréquent.

Les fistules venant d'une tuberculose viscérale, anus, rectum, peuvent être le point de départ d'une tuberculose verruqueuse.

c) Dans tous ces cas, il s'agit le plus souvent de tuberculoses par *inoculation externe*, le bacille pénétrant à la faveur d'une érosion de l'épiderme baignée par le pus de la lésion, les cas où la tuberculose verruqueuse se développe sur une cicatrice de fistule s'expliquent par la latence momentanée du bacille englobé dans le tissu cicatriciel.

d) Dans des cas plus rares, on doit incriminer une *origine lymphatique* ou *hématique*.

II. — *La fréquence* relative de la tuberculose verruqueuse se trouve expliquée par la multiplicité de ses modes d'infection de la peau, toutefois, elle reste la plus rare des formes du lupus, si l'on excepte les lupus myxomateux et colloïdes.

III. — Des conditions étiologiques accessoires, il ressort :

Toute *profession* mettant en contact avec des gens ou des animaux tuberculeux est plus prédisposée à la tuberculose verruqueuse, aussi les *hommes* sont-ils les plus atteints.

Celle-ci est de tous les climats, de toutes les races ; cependant elle est plus rare dans les climats chauds.

La tuberculose verruqueuse survient à tout âge, mais elle est plus fréquente à l'âge *adulte*. Chez le vieillard, on a presque toujours affaire à une inoculation primitive.

Il en est de même chez l'*enfant*, mais chez lui une cause prédisposante à une forme particulière, disséminée, est la *rougeole*.

IV. — Il y a *identité étiologique du lupus et de la tuberculose verruqueuse*. La dualité, l'un reconnaissant une origine hématique, l'autre, une inoculation externe, n'existe pas ; l'un et l'autre sont dûs, dans la majorité des cas, à des inoculations externes, mais tous deux peuvent parfois succéder à une infection hématique de la peau. Il n'y a pas lieu d'établir non plus une différence par le mode d'inoculation, le lupus auto-inoculation, la tuberculose verruqueuse, inoculation exogène primitive.

V. — Toutes ces considérations sont des arguments de grande valeur pour la nature tuberculeuse du tubercule anatomique et de la tuberculose verruqueuse, qui sera démontrée par l'histologie et la bactériologie.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

La tuberculose verruqueuse de la peau, avons-nous dit dans notre définition, est caractérisée cliniquement par une lésion, avec aspect papillomateux, verruqueux, plus ou moins corné ; avec suppuration interpapillaire plus ou moins abondante, mais parfois absente ; avec tendance locale à la régression cicatricielle en un point, central surtout, alors que la lésion s'étend le plus souvent par la périphérie.

Ce sont là, en effet, cet aspect verruqueux plus ou moins marqué, cette suppuration interpapillaire de la plaque de tuberculose cutanée, cette évolution locale spéciale qui constituent l'unité clinique de l'affection que nous étudions. Sans doute, les lésions sont loin de se présenter toujours avec la même apparence ; multiples sont les variétés objectives qu'ont pu créer des auteurs, peut-être parfois trop analystes, mais il persiste entre toutes un air de famille qui permet de les comprendre dans une même description.

Cette plaque de tuberculose verruqueuse cutanée sera donc d'abord étudiée dans son expression clinique la plus typique, avec son évolution locale. En connaissance des caractères qui peuvent l'individualiser, nous

montrerons comment elle se retrouve dans un certain nombre d'affections décrites comme variétés distinctes de tuberculoses cutanées et qui, néanmoins, relèvent toutes de la même forme : la tuberculose verruqueuse. Nous établirons enfin les rapports cliniques de celle-ci avec les autres formes de tuberculose cutanée et surtout avec le lupus vulgaire.

Ce chapitre d'étude clinique sera donc divisé en trois parties où seront successivement envisagées :

I. — La plaque verruqueuse.

II. — Les formes cliniques de la tuberculose verruqueuse.

III. — Les rapports cliniques de la tuberculose verruqueuse avec les autres formes de tuberculose cutanée.

I. — LA PLAQUE VERRUQUEUSE

La plaque verruqueuse est l'élément essentiel de la tuberculose verruqueuse. Nous la considérerons dans son aspect arrivée à son état de complet développement, puis dans son évolution. Nous étudierons son siège et les modifications qui peuvent s'en suivre.

Aspect. — La plaque de tuberculose verruqueuse est constituée par une lésion plus ou moins saillante de surface très irrégulière, rugueuse, verruqueuse, ainsi que l'indique son nom. Elle rappelle de très près l'aspect d'un papillome corné étendu ; elle en a les proliférations dures et cornées le plus souvent, mais

son état de sécheresse est toujours beaucoup moins marqué à cause de l'existence des suppurations inter-papillaires à peu près constantes.

Cette lésion clinique, déjà bien vue par Vidal (1883), dans son *lupus scléreux* et *papillomateux*, a surtout été complètement décrite et analysée par Riehl et Paltauf dans leur mémoire. Les études ultérieures de Morrow, Brissaud et Gilbert, Debove, Besnier et Doyon, Etienne, précisent plus des points de détails de morphologie qu'elles ne créent des formes cliniques nouvelles.

Le plus souvent, la plaque est recouverte de croûtes plus ou moins épaisses formant une carapace dure, fendillée, grisâtre ou noirâtre, suppurante. Il faut en débarrasser la lésion pour pouvoir mieux analyser les caractères de la plaque verruqueuse, des végétations papillaires qui la constituent et des fissures qui les séparent.

Les *végétations papillaires* de la tuberculose verruqueuse ont un aspect des plus variables. Tantôt elles sont peu accusées, faisant une saillie minime ; tantôt, au contraire, elles sont très exubérantes dépassant de 5, 6, 7 millimètres, parfois même de 1 et 2 centimètres, le niveau de la peau avoisinante. Elles ne sont pas moins différentes comme volume ; parfois ce sont de véritables végétations filiformes fines et longues, alors que, dans d'autres cas, on les voit acquérir des dimensions de 3 et 4 millimètres de diamètre et même de la surface d'une lentille comme dans l'un de nos cas. A leur extrémité libre, elles sont le plus souvent effilées, acuminées dans les végétations filiformes ; au contraire,

elles sont plus ou moins hémisphériques dans celles de plus grand volume. D'une façon générale, à la surface de ces saillies, l'on ne trouve pas d'incisures secondaires comme dans les papillomes simples; toutefois, cet aspect a été noté par Morrow dans le cas de tuberculose papillomateuse publié par lui en 1888. Ces végétations sont pressées les unes contre les autres, d'où leur surface plus ou moins polygonale, et, par suite de leur accollement assez intime, elles ne semblent individualisées que sur une très faible hauteur. C'est seulement en les écartant que l'on voit leurs dimensions réelles. La surface de ces papilles hypertrophiques peut se recouvrir d'une épaisse couche cornée ou crustacée. Suivant sa présence ou son absence, les végétations donnent alors au doigt qui les palpe une sensation de rugosité râpeuse, la plus fréquente, ou au contraire d'une infinie mollesse; il en est ainsi dans le cas de Morrow et dans nombre de lupus papillaires et dans les tuberculoses verruqueuses ano-rectales. Dans ces cas, la papille, au lieu d'être rigide, coiffée d'un petit bloc corné, reste molle, assez friable avec une vascularisation très apparente.

Des *fissures* plus ou moins marquées qui, pour la plupart ne sont que l'exagération des plis normaux de la peau, séparent ces saillies papillomateuses. Leur profondeur est toujours beaucoup plus grande qu'on ne le croirait à première vue. Si l'on écarte, en effet, les papilles on les voit pénétrer au sein de la lésion, être plus ou moins exulcérées et laisser perler spontanément de leur fond de petites gouttelettes de pus. Parfois au lieu de ces fissures ce sont de véritables

crevasses, des ulcérations avec petits abcès qui existent entre les papilles.

Si l'on presse la tumeur, on fait sourdre par sa surface fendillée du pus bien plus abondant des petits foyers gommeux. Ceux-ci sont parfois si nombreux, que le pus semble sortir comme d'un tamis, d'une pomme d'arrosoir. Leloir comparait ces cas à l'affection décrite par lui en 1884 sous le nom de périfolliculites suppurées et conglomérées en placard : L'analogie ne pouvait manquer d'être parfois très complète, puisque ce groupe, plus admis aujourd'hui, comprenait selon toutes probabilités, des tuberculoses verruqueuses en même temps que des trichophyties et des staphylococcies agminées cutanées. De même certaines variétés de folliculites agminées subaiguës de Quinquand rentrent dans cette variété de tuberculose verruqueuse.

Ce caractère de *suppuration* serait, pour la plupart des auteurs, de la plus haute importance pour le diagnostic de la tuberculose verruqueuse. Riehl et Paltauf le donnent comme constant. Résumant l'opinion générale, M. le professeur Gaucher enseigne que : « l'existence de ces petites ulcérations miliaires, de ces petites pustules interpapillaires est particulière à cette forme de tuberculose cutanée ». Dans la plupart des sociétés de dermatologie, allemandes et autrichiennes, nous voyons à propos des présentations insister sur ce symptôme. En 1896 Finger, dans la discussion d'un cas de Nobl, admet comme essentielles dans la tuberculose verruqueuse, des lésions dues à la colonisation du bacille de Koch dans le corps papillaire, et des lésions provoquées par les staphylocoques dans l'épiderme

fendillé donnant des abcès miliaires. Suivant la présence ou l'absence de ceux-ci, de pus à la pression, on voit adopter ou rejeter le diagnostic de tuberculose verruqueuse. C'est ainsi que, pour un cas présenté par Blaschko en 1903, Rosenthal, Heller, Hoffmann contestèrent à cet auteur le diagnostic de tuberculose verruqueuse à cause du manque de suppuration. C'est aussi l'opinion de Knickenberg, Fabry, Schultz dans leurs importantes études sur l'affection que nous étudions. D'après la lecture des observations publiées, nous croyons, qu'il ne faut pas faire de ces abcès miliaires et de la suppuration un signe absolument exclusif et constant. Jadassohn, dans un travail général sur les maladies tuberculeuses de la peau, en 1899, indique nettement à propos de la description de la tuberculose verruqueuse que les pustules miliaires ne se trouvent pas toujours et que la suppuration peut manquer. Il en est ainsi dans les deux observations de Perrin et Gœpfert 1902, dans la plupart des lésions verruqueuses des tuberculoses cutanées disséminées postexanthématiques. Il faut toutefois remarquer que dans les placards en progression, c'est surtout, ainsi que nous le verrons, dans la zone d'extension que ces abcès sont les plus fréquents.

Cette suppuration qui accompagne la tuberculose verruqueuse n'est d'ailleurs pas due à la tuberculose elle-même. Riehl et Paltauf, et, après eux, les auteurs qui se sont occupés de la question, l'expliquent par une infection banale secondaire ; micrococci, staphylocoques, streptocoques, qui ajoutent leur action à celle du bacille de la tuberculose. Ces agents produisent au

sein des fissures de petits foyers miliaires de suppuration, voire même de petits phlegmons interstitiels miliaires, la fissure se trouve ainsi d'autant plus creusée et la papille d'autant plus allongée. Hallopeau, en 1896, pensait que ce n'était peut-être là qu'une hypothèse, et que, tout aussi vraisemblablement, l'on pouvait admettre que c'était par l'intermédiaire de toxines pyogènes dues au bacille de Koch que se faisait la suppuration. Etant donné la fragilité de l'épiderme au niveau des espaces interpapillaires, il est aisé de concevoir la facilité avec laquelle peut se faire une infection surajoutée. Il est juste avec Riehl et Paltauf d'attribuer les suppurations à l'intervention de microbes associés, c'est d'ailleurs à cette opinion qu'Hallopeau lui-même s'est rallié dans son récent *Traité de dermatologie*.

Les végétations papillaires et les fissures qui les séparent, avec les caractères que nous leur avons décrits, se groupent pour constituer la *plaque verruqueuse*. Celle-ci ne présente pas le même aspect en tous ses points. Riehl et Paltauf ont montré qu'elle était constituée par trois zones distinctes que, depuis, les auteurs ont fidèlement reproduites dans leurs descriptions :

1° *Une zone centrale*, la plus saillante, fait un relief très exubérant pouvant atteindre 1 et même 2 centimètres et comprend des papilles très volumineuses. Celles-ci sont, le plus souvent, à surface très cornée; elles sont nettement individualisées. Elles se groupent, en général, en petits noyaux, de telle sorte que toute cette surface centrale est mamelonnée, chaque papille

faisant à son tour saillie sur ces mamelons. L'aspect de la lésion à ce niveau est sec et, nous le répétons, surtout corné; les fissures ne sont que très peu suintantes. On ne reconnaît plus ni orifices glandulaires, ni orifices pileux. Quelques rares poils chez les hommes peuvent persister, mais ils sont sans adhérence. A mesure que l'on s'éloigne du centre, l'aspect se modifie; les papilles sont moins exubérantes, elles sont recouvertes d'une couche cornée moins épaisse, elles sont plus humides, du pus sourd assez facilement à la pression. La lésion prend ainsi peu à peu les caractères de la zone suivante.

2° La seconde zone ou *zone intermédiaire* entoure la première sur une largeur variable. L'on peut bien y voir encore des lésions verruqueuses papillaires typiques, mais elles sont rares et fort peu accusées en général. Ce que l'on trouve, c'est une zone d'infiltration un peu violacée, plus ou moins empâtée, avec une série de petits noyaux durs, parfois avec hyperkératose et squames sèches, mais le plus souvent parsemés de nombreuses petites ulcérations arrondies, miliaires, recouvertes de croûtelles. C'est à ce niveau, surtout à la limite de la zone centrale, que la pression donne le pus en plus grande abondance. C'est, en somme, là la véritable zone d'envahissement de la lésion, zone pustuleuse par agglomération d'abcès miliaires. Il est intéressant d'étudier le développement des végétations papillaires sur cette zone d'extension et de voir, qu'à part quelques cas exceptionnels, elles ne sont jamais précédées de nodules lupiques typiques, si facilement reconnaissables par leur coloration jaune sucre d'orge persistante à la vitro-pression.

3^o La *zone externe* est *erythémateuse* et tranche, le plus souvent, franchement sur la peau voisine. Toutefois, il y a une dégradation progressive sans limite nette entre les deux. Dans les périodes d'activité de la lésion, la coloration de cette zone se fonce et prend elle-même une teinte rouge violacé, inflammatoire. Parfois, une très fine desquamation s'observe à sa surface, ainsi que nous l'avons vu dans un cas.

Ces trois zones ne peuvent pas toujours être aussi nettement individualisées; rien d'ailleurs n'établit une ligne de délimitation fixe entre elles. Le plus souvent, les deux externes se confondent. Parfois, la zone centrale seule existe, une masse papillomateuse cornée s'élevant directement d'une peau saine autour, et, n'étaient les examens histologiques et bactériologiques de la lésion, l'on croirait tout à fait à une verrue cornée. Dans une de nos observations (V), ces trois zones se trouvaient fort accusées avec leurs caractères propres :

« Le placard verruqueux est très exubérant dans sa partie centrale, où il fait une saillie de 1 centimètre par place; sa surface est mamelonnée, les mamelons correspondant à des noyaux d'infiltration du volume d'une noisette à une amande, accolés linéairement; entre ces mamelons et sur leur surface, la lésion est sèche, non recouverte de croûtes. Elle est d'aspect corné, verruqueux, constituée par des papilles dures, assez volumineuses, d'un diamètre de 2 à 4 millimètres, à surface convexe, à contours losangiques ou polygonaux limités nettement par des sillons. Ceux-ci sont, en apparence, assez superficiels mais, en écartant leurs

bords, on les voit se transformer en fissures plus ou moins profondes. Quelques-unes sont exulcérées à leur base. Ce qui frappe, c'est l'état de sécheresse actuelle de toutes ces verrucosités et fissures. Cependant le malade indique qu'il y a eu une légère suppuration. Il est d'ailleurs possible par la pression de faire sourdre un peu de pus des fissures qui avoisinent la périphérie.

Celle-ci est constituée par une zone d'infiltration avec des noyaux violacés bien moins volumineux, peu proéminents et très peu verruqueux recouverts de squames croûteuses. Tout autour s'étend une zone érythémateuse de $1/2$ à 1 centimètre de largeur.

Modifications d'aspect de la plaque verruqueuse. — Tel est donc l'aspect le plus typique d'une plaque de tuberculose verruqueuse arrivée à son complet état de développement. Trois zones la caractérisent : l'une centrale papillomateuse ; l'autre périphérique, simplement érythémateuse ; une intermédiaire entre les deux, pustuleuse et croûtelleuse. Les caractères de chacun des éléments qui la constituent arrivent par leurs modifications, suivant la prédominance du processus prolifératif de l'épiderme ou de la suppuration, à donner à la plaque des aspects si divers et si éloignés les uns des autres que, dans certains cas, il semble à première vue que l'on ait affaire à des formes différentes.

C'est ainsi qu'Etienne, en 1894, suivant le mode d'altération de l'épiderme, suivant que les papilles hypertrophiques se recouvraient d'une couche cornée

plus ou moins épaisse ou que celle-ci faisait défaut, avait admis :

1° Une tuberculose papillaire avec production cornée;

2° Une tuberculose cutanée papillomateuse non cornée.

1° Dans la tuberculose papillaire avec production cornée, les papilles hypertrophiques se recouvrent rapidement d'une couche cornée ou crustacée.

a) Dans un premier cas, elles peuvent rester bien isolées, indépendantes, séparées les unes des autres par des sillons profonds, c'est là pour lui le *type papillo-corné*. Ce type est extrêmement fréquent; le lupus scléreux et papillomateux de Vidal, de Leloir, la plupart des cas de Riehl et Paltauf, presque toutes les tuberculoses d'inoculation primitive des mains et des parties découvertes lui correspondent. La lésion que nous avons ci-dessus rapportée en est un bel exemple, de même que le placard verruqueux de la face dorsale du pouce de notre observation III et celui du poignet de notre observation IV. Etienne y distingue des sous-variétés objectives, tel le tubercule anatomique, lorsque l'agmination des papilles forme un seul papillome. Nous en rapprocherons les cas où, comme dans certains tubercules anatomiques, la lésion est constituée par une simple papule cornée, hyperkératosée avec épiderme très épais, où il n'y a pas de végétations papillaires, objectives tout au moins car, histologiquement, l'on trouve les papilles allongées et une prolifération du corps muqueux de Malpighi très intense. Dans le cas de Sanguinetti, par exemple, il s'agissait d'un gros

noyau corné, non verruqueux au sens propre, mais, sur les coupes, l'on avait les lésions histologiques de la tuberculose verruqueuse.

b) Lorsque l'état croûteux est très accentué, devient prépondérant et réunit les papilles qui ne s'isolent plus spontanément, on a le *type papillo-crustacé*. Toute la lésion est recouverte de croûtes plus ou moins épaisses, fendillées, suppurantes, formant parfois une véritable carapace rupioïde. La tuberculose papillomato-crustacée de Brissaud et Gilbert n'était pas autre chose. La lésion était constituée par une excoriation croûteuse très analogue comme aspect au rupia ; « c'est une érosion croûteuse, végétante, verruqueuse, épidermique, entourée de grandes fissures recouvrant un derme à peine ulcéré et hérissé de végétations papillaires ».

C'est une forme assez fréquente : aux trois cas de Brissaud, Etienne rattache le cas personnel d'Arrivat, deux cas d'Angibaud, deux cas personnels. Deux lésions de nos observations siégeant sur le pouce étaient, lorsque nous les vîmes pour la première fois, recouvertes de croûtes suppurantes, épaisses et fendillées et doivent être classées dans ce type papillo-crustacé, observations II et VI.

L'on insiste sur ce fait, qu'en dehors de fissures ou crevasses, il n'existe pas d'ulcération vraie sur laquelle reposent les végétations papillaires, cependant dans une même lésion l'on peut voir parfois de la tuberculose verruqueuse indiscutable avec le plus souvent à la périphérie, des ulcérations tuberculeuses. Une des lésions précédentes du pouce, observations VI, était nettement

limitée par un sillon ulcéré, circulaire, élargi en une véritable ulcération du côté proximal. La lésion du malade de notre observation XIII était verruqueuse dans ses deux tiers inférieurs, ulcéreuse dans son tiers supérieur. Celle de la malade de l'observation XVII, était franchement ulcéreuse. De même, Thibierge, 1891, signale que les lésions tuberculeuses cutanées n'ont pas toujours une autonomie parfaite, et qu'il y a coexistence, association d'ulcérations tuberculeuses et de tuberculose verruqueuse sur un même placard.

2° Dans la *forme papillomateuse non cornée*, le processus de prolifération du corps muqueux de Malpighi, végétant en dehors et en dedans, persiste bien encore, mais l'hyperkératose ne prédomine pas. Il y a production de végétations papillaires plus ou moins allongées mais plus molles, rosées, plus humides en général. Elles sont très vasculaires, friables, et saignent assez facilement. C'est surtout le type des papilles des tuberculoses verruqueuses des régions intertrigineuses, humides, des plis de flexion, des régions anales et labiales. Nous verrons plus loin que, dans certains cas de lésions siègeant à l'anus ou aux commissures labiales, il est possible de constater du côté de la peau le type papillo-corné et, du côté de la muqueuse, la forme papillomateuse non cornée.

Cette forme d'ailleurs comprend, selon nous, des types un peu disparates. Il est possible d'y faire rentrer certains des cas décrits par Busch, 1873 et par Schultz, 1885, sous le nom de *lupus épithéliomatoïde des extrémités*. Dans cette variété il se produit une réaction épithéliale si intense, avec prolifération papillaire, qu'elle

fait penser à l'épithéliomatose. Le cas de *tuberculose papillomateuse de Morrow*, et ceux analogues, appartiennent à ce type. Le cas de Morrow, malgré son aspect assez singulier, est classiquement rangé dans les tuberculoses verruqueuses (Arrivat, Angibaud, Batut). Il s'agissait de lésions tuberculeuses de la face, secondaires, selon toute probabilité, à une auto-inoculation, qui avaient pris des caractères papillomateux particuliers :

« Ces lésions consistent en une production exubérante d'excroissances papillaires pressées les unes à côté des autres et formant une surface uniformément lobulée. Dans l'ensemble, la néoplasie représente assez bien un chou-fleur ; mais les élévations papillaires, au lieu d'être adhérentes entre elles à leurs extrémités libres, sont séparées par de fines fissures, d'où transsude un liquide épais, puriforme, ayant la tendance à se concréter en croûtes. La tumeur forme une saillie variable de 1 à 3 centimètres, surtout marquée vers les bords. La paroi externe des végétations n'est pas entourée par un bord infiltré ou une auréole inflammatoire, elles semblent s'élever directement sur la peau saine. Les saillies papillomateuses affectent la forme d'une massue d'un mamelon ou d'une pointe acuminée. Vers les bords extérieurs de la plaque malade, elles offrent un aspect touffu et sont divisées en processus filiformes. Elles sont molles et donnent au toucher une consistance de chair, elles sont extrêmement vasculaires et saignent avec la plus grande facilité quand on les gratte. » (Morrow, analysé par Merklen, in *Annales de Dermatologie*, 1889).

C'est là une tuberculose verruqueuse qui se rapproche de bien près des lupus tuberculeux ulcéreux superficiels, végétants, muriformes, frambœsiformes ou papillaires ou exubérants de Fuschs. La distinction dans ces cas consisterait dans l'apparition des végétations papillaires secondaires à l'ulcération; mais, peut-être n'est-ce pas là une différence capitale, puisque l'on a pu considérer dans la tuberculose verruqueuse l'ulcération miliaire, le fait principal, les bourgeons verruqueux, le phénomène secondaire (Hardy). D'ailleurs, les termes de lupus papillaire de tuberculose papillomateuse n'ont pas un sens absolument défini : nous les avons trouvés employés par des auteurs différents, ou par les mêmes auteurs, pour désigner aussi bien des tuberculoses verruqueuses du type Riehl et Paltauf que des lupus végétants et exubérants. Arrivat, en consacrant sa thèse à la tuberculose papillomateuse y comprenait toutes les formes végétantes, cornées, le lupus scléreux, la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf et la forme papillomateuse de Morrow.

Jusqu'ici, nous avons eu surtout en vue les formes où le processus corné ou papillaire est au premier plan, dans d'autres cas, c'est le processus suppuratif miliaire qui domine. Les lésions peuvent alors prendre un *aspect trichophytoïde* des mieux caractérisés. L'on a des plaques arrondies, le centre est suivant l'âge de la plaque, soit suppurant, soit squameux, soit plus ou moins cicatriciel; la périphérie, en pleine évolution, est vésiculo-pustuleuse. La lésion à ce niveau est croûteuse, suppurante. Lorsqu'on la déterge, on peut bien

voir quelques proliférations, roses, molles en général, peu élevées, mais ce qui domine ce sont de petites ulcérations arrondies de chacune desquelles la pression fait sourdre du pus. Ce sont par excellence les formes qui avaient été confondues par Leloir et Quinquand. Notre observation X est un type de cet aspect trichophytoïde.

La suppuration avec fétidité beaucoup plus grande se retrouve aussi plus abondante au niveau des placards verruqueux des régions intertrigineuses. De même qu'à ce niveau les papules psoriasiques, syphilitiques se modifient, celles-ci prenant le type plaque muqueuse ou condylome, de même la tuberculose verruqueuse perd ses caractères de sécheresse, de dureté cornée, prend le type des papillomes humides, suintants et fétides, pouvant, ainsi que nous l'avons vu, aller jusqu'au type de tuberculose papillomateuse non cornée.

Les aspects objectifs de la plaque verruqueuse sont donc multiples, indépendamment des modifications que peut apporter l'évolution, Besnier et Doyon englobant dans une même description le lupus verruqueux, papillomateux, la tuberculose cutanée verruqueuse, le tubercule des anatomistes, les papillomes tuberculeux, la scrofulide verruqueuse et les lupus scléreux, végétant et corné, ne voulant pas multiplier ces variétés à l'infini en décrivaient cinq types principaux :

a) Très petits groupes de saillies granuleuses, grisâtres, fines, à bords irréguliers ou polycycliques, limités par un liséré rouge livide.

b) Placards plus étendus, ronds ou ovales, le centre

libre ou non, la périphérie occupée par des granulations papillomateuses cornées, sèches, avec une légère rougeur interstitielle.

c) Plaques élevées de quelques millimètres à 1 centimètre, granitées sur toute la surface de végétations papillomateuses du volume d'une tête d'épingle, plâtreuses, laissant apercevoir, dans les interstices, le fond livide et quelques rhagades, mais la surface étant complètement sèche. Les végétations se disposent en groupes secondaires formant de petits îlots fissurés dont la réunion constitue la plaque.

d) Disques verruqueux dont le grain peu abondant laisse voir le fond rouge, relégués aux extrémités d'une cicatrice ancienne, livide. Le bord est irrégulier ou multicerclé, fin, formant une ligne rouge bordée par un soulèvement dermique squameux ou purement granité, zone de progression. Le centre peut être libre, cicatriciel ou, au contraire, élevé et presque fongueux.

e) Grandes plaques du dos de la main, du doigt ou des membres recouvertes d'un granité plâtreux d'une épaisseur invraisemblable atteignant 2 centimètres et plus, fissurées, fendillées, formant de véritables monticules analogues à ceux que l'on observe dans certains cas de psoriasis du cuir chevelu et quelques fois même hérissées de véritables cônes stalactiformes. Dans quelques sous-variétés à très larges plaques, bordées par un liséré lilas ou livide léger, la surface plâtreuse est d'un gris sale marquée de fissures circonscrivant des îlots polyédriques qui sont eux-mêmes finement fissurés et granités, *in* Kaposi, 1891.

Autres symptômes. — La plaque verruqueuse ainsi constituée donne à la palpation une sensation de dureté superficielle, surtout quand les productions papillomateuses cornées son très développées ; mais à sa partie profonde ou à sa périphérie l'on trouve plutôt de l'*empâtement*. Cette plaque est parfaitement *mobile sur les plans profonds* et rien cliniquement ne laisse prévoir la profondeur des lésions trouvées lors des interventions et des excisions. C'est certainement cette surficialité apparente qui a fait préconiser jusqu'ici les traitements de petite chirurgie dermatologique comme méthodes de choix : nous montrerons qu'ils sont insuffisants, justement à cause de l'envahissement en profondeur des lésions.

Les *troubles fonctionnels* entraînés par la plaque verruqueuse primitive et jeune sont de peu d'importance, évidemment variables avec le siège : une plaque de l'avant-bras, ou du bras, n'amènera aucune gêne, tandis que sur les articulations des doigts elle en limitera les mouvements. Il en est tout autrement dans les tuberculoses verruqueuses anciennes des extrémités, soit par leur grande extension, soit par la régression cicatricielle qui les a suivies. Les mouvements des doigts, de la main peuvent être plus ou moins limités, souvent il se produit de la rétraction des aponévroses. Les troubles fonctionnels dans ces cas ont été bien mis en évidence par Hahn (1890) et Kuttner (1896) qui a décrit une forme spéciale de lupus déformant des extrémités, dans laquelle rentrent quelques cas de tuberculose verruqueuse. Toutefois, à cause de sa superficialité, la tuberculose verruqueuse est bien

moins sujette à donner des troubles fonctionnels que les autres formes de lupus.

Les *symptômes subjectifs* observés au niveau des plaques de tuberculose verruqueuse sont eux aussi peu importants. On a signalé parfois des démangeaisons au niveau de la plaque ou dans son voisinage, parfois un peu de douleur, mais dans la généralité des cas, la lésion n'est le siège d'aucune sensation douloureuse spontanée, il n'y a ni élancements ni sensation de brûlure, ni démangeaisons. Riehl et Paltauf avaient signalé comme constante une douleur à la pression, signe qui à la suite se trouve rapporté dans la plupart des descriptions des traités (Gaucher, Brocq), ce phénomène doit être assez inconstant, nous ne l'avons constaté qu'une fois dans nos observations; au contraire, la sensibilité à la douleur nous a paru émoussée.

Evolution de la plaque verruqueuse. — Cette plaque verruqueuse, si dissemblable ainsi que nous venons de le voir dans l'analyse des éléments de ses lésions, revêt quelques caractères généraux spéciaux du fait de son évolution. Il est rare d'avoir l'occasion de suivre complètement celle-ci au niveau d'une plaque primitive de tuberculose verruqueuse. Si on l'observe tout à fait au début, alors qu'il n'existe qu'un tout petit noyau tuberculeux, elle est traitée et se trouve désormais modifiée. Si la lésion existe depuis longtemps, sa tendance cicatricielle spontanée, la prédominance du processus scléreux peuvent en avoir changé les caractères. Aussi est-ce de préférence autour des lésions principales, comme l'a fait Angibaud,

dans de petits placards secondaires à divers stades de développement, ou dans la bordure d'extension que nous avons décrite qu'il faut chercher à voir quelle est la marche de la lésion. Nous laissons de côté pour l'instant la question de l'incubation, surtout intéressante dans les tuberculoses d'inoculation primitive. Nous dirons simplement qu'après un temps plus ou moins long, *débute* au point où le bacille a colonisé dans le derme une petite lésion intra-dermique, papuleuse, peu saillante, elle-même légèrement cornée ou squameuse, à bords violacés. Ce petit nodule dur, le plus souvent s'abcède, il se creuse en une petite ulcération à la surface de laquelle se développe des végétations papillaires plus ou moins cornées. Il y a là quelque chose de tout à fait analogue à ce que nous décrirons dans l'histoire du tubercule anatomique.

Parfois c'est une petite zone érythémateuse, persistant depuis longtemps, qui se recouvre dans la suite de pustulettes et évolue au type papillomateux (Angibaud). D'autres fois, c'est un petit noyau dur, corné qui est la lésion initiale, la suppuration au début manque ou passe inaperçue. La lésion a l'apparence d'une verrue plane, elle progresse peu à peu avec un épaississement de plus en plus marqué de la couche cornée, puis elle se lobule et ce n'est que secondairement que des fissures isolent ses différentes papilles.

On a donc une petite lésion papillomateuse de la surface d'une lentille à une pièce de 20 centimes à 1 franc. La lésion peut dès lors rester en cet état fort longtemps stationnaire, petite verrue dont le malade ne s'occupe guère, qui souvent régresse ou, au contraire,

subit de petites poussées inflammatoires, s'abcédant et se papillomatosant ; c'est là l'évolution de bien des tubercules anatomiques qui semblent parfois complètement guéris et réapparaissent ensuite après des *trêves* plus ou moins prolongées. Le plus souvent dans la tuberculose verruqueuse ordinaire, la lésion progresse par la périphérie, alors la zone centrale prend de plus en plus le caractère verruqueux, la zone périphérique a l'aspect suppurant, avec abcès miliaires, que nous lui avons décrit, et, c'est au niveau de ces abcès, après ulcération par conséquent, qu'en général apparaissent les végétations papillaires de nouvelle formation.

La plaque peut ainsi *s'étendre excentriquement* conservant sa forme générale ovalaire ou arrondie et atteindre les dimensions les plus variables d'un pièce de 2 francs et 5 francs, à la surface de la paume de la main et plus. Dans certains cas, elle couvrirait toute la face postérieure de l'avant-bras, dans un cas la face antérieure de la partie inférieure du bras, du coude et de presque tout l'avant-bras. Elle peut persister indéfiniment suppurante, recouverte d'une croûte grisâtre ou noirâtre par l'accumulation de poussières. Il est des sujet porteurs de plaques papillomateuses depuis quinze ou vingt ans sans que celles-ci aient subi de modifications. Mais le plus souvent, et c'est là un caractère distinctif de son évolution, on voit la plaque verruqueuse entrer en *régression cicatricielle* par l'un des points de sa surface, central surtout. Il se produit un travail de cicatrisation spontanée qui ne va cesser de progresser, mais par contre en même temps la lésion, habituellement, continue à s'étendre par la périphérie.

Dans la partie qui va se cicatriser, la suppuration commence à diminuer, puis se tarit tout à fait. Ses papilles se sèchent, les croûtes tombent. Les saillies papillomateuses perdent leur dureté et leur aspect corné, elles deviennent lisses, brillantes, rouges violacées ou blanchâtres. Elles se flétrissent et finissent par tomber. Il reste à leur place une *cicatrice* « mince, unie, luisante, remarquable par son aspect criblé ou réticulé, le fond violacé de la cicatrice est parcouru par un réticulum blanchâtre nettement distinct », Du Castel.

Lorsqu'une cicatrice débute ainsi par le centre et progresse régulièrement, la lésion s'étendant à la périphérie, on a une forme de tuberculose verruqueuse *annulaire*. Cet anneau papillomateux se retrouvait dans son aspect le plus typique dans l'une de nos observations.

« Le second placard siège sur le bord radial du poignet. Il est arrondi et présente deux parties bien distinctes ; l'une centrale et cicatricielle, non saillante, constituée par une surface un peu irrégulière avec peau amincie, blanche cependant très vasculaire par point ; l'autre périphérique est formée de gros tubercules rouges violacés, empâtés dans leur partie profonde, mais donnant à leur surface une sensation de dureté et de rugosité sans qu'il y ait toutefois de productions aussi verruqueuses que sur le dos du pouce. »

Parfois, la cicatrisation centrale peut ainsi de proche en proche envahir toute la lésion et l'on a ainsi la *guérison spontanée* de toute la plaque verruqueuse, guérison plus apparente que réelle car, dans la suite, soit dans la cicatrice soit à son voisinage l'on peut

avoir des *récidives*, soit sous la forme de tuberculose verruqueuse, soit sous la forme de lupus vulgaire (Doutrelepont).

Dans d'autres cas, la cicatrisation ne se fait complète qu'au centre et sur certains points de la périphérie, il en résulte l'isolement de segments verruqueux arciformes qui, continuant à progresser pour leur propre compte, donnent à la lésion l'aspect des *circinations* de la syphilis tertiaire. Heller en figure un joli cas. Vidal mentionne des formes en fer à cheval.

Dans les plaques étendues il peut y avoir plusieurs points d'attaque de cicatrisation, et Du Castel pense que, dans ces cas, la plaque verruqueuse unique en apparence résultait de la convergence d'un certain nombre de plaques secondaires. La cicatrisation débute alors au centre de chacune de ces plaques.

Très souvent la régression se fait presque totale et la lésion ne progresse qu'en un point par une *marche serpigineuse*. La tuberculose verruqueuse peut ainsi arriver à occuper successivement de grandes étendues cutanées, surtout sur les membres. Dans notre observation V, nous voyons une petite ulcération du dos du pied se couvrir de croûtes, devenir papillomateuse puis s'étendre en suivant cette marche serpigineuse : « Le placard principal s'étend en largeur presque d'une malléole à l'autre et en hauteur de 10 à 12 centimètres, couvrant ainsi presque toute la face antérieure du cou de pied droit, mais il persiste dans la masse verruqueuse deux îlots de peau saine qui permettent de reconnaître facilement la marche d'extension indiquée par le malade. Partie du dos du pied, la lésion a d'abord

progressé verticalement sur la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne, puis elle s'est incurvée en dehors atteignant presque la malléole externe. Plus tard, de son point initial elle a progressé en dedans vers la malléole interne. Quelques-uns des points les plus antérieurement atteints sont spontanément entrés en régression pour prendre un aspect cicatriciel ».

Le plus souvent, la plaque verruqueuse ne reste pas isolée, et l'on constate, tout autour d'elle ou dans son voisinage, des *placards secondaires*, aux différents stades que nous avons décrits dans l'évolution de la plaque primitive. S'il est possible de les expliquer par une propagation de voisinage, par voie lymphatique veineuse ou par continuité, l'on peut, nous semble-t-il, avec plus de raison, admettre qu'ils sont dus, dans la majorité des cas, à une auto-inoculation externe secondaire. Chez les enfants, dans les cas prurigineux, le grattage favoriserait cette dissémination. De ces placards secondaires, les uns sont de simples noyaux violacés, plus ou moins papuleux, durs, à surface plus ou moins hyperkératosée, croûteuse souvent avec abcès miliaires; d'autres ont l'aspect papillomateux typique. Chaque placard secondaire en progressant a une évolution analogue à celle du placard primitif, ils peuvent rester isolés ou confluer.

En somme, dans son *évolution locale*, la plaque de tuberculose verruqueuse a une marche essentiellement *lente*; ce n'est qu'en des temps fort longs qu'elle subit les modifications que nous avons indiquées. C'est une lésion tout à fait chronique. Il est fréquent de la trouver persistant depuis de très nombreuses années, pen-

dant la vie entière; Finger en a observé un cas datant de vingt ans, Riehl et Paltauf depuis quinze ans; il est des médecins âgés, qui depuis le début de leurs études, portent un tubercule anatomique papillomateux. Dans deux de nos cas les lésions remontaient à quinze et douze ans. L'extension de la plaque, telle que nous l'avons donnée, ne se fait pas d'une façon progressive et continue, mais le plus souvent par *poussées intermittentes* entre lesquelles il y a des trêves, des périodes de repos où la lésion reste stationnaire ou même régresse. De cette lenteur d'évolution locale, de cette bénignité en tant que lésion cutanée, il ne faut pas se hâter de conclure à la bénignité de la tuberculose verruqueuse, car elle est susceptible de donner et donne fréquemment des propagations lymphatiques. Cette propagation lymphatique peut même se voir, quel que soit le mode d'inoculation qui a été l'origine de la plaque verruqueuse, mais elle prend une importance capitale dans les formes d'inoculation exogène primitive.

La plaque verruqueuse peut être le siège de *complications locales*, elles ne lui sont pas spéciales. Nous signalerons : un état inflammatoire plus ou moins aigu à forme d'érysipèle très rare, ou de lymphangite aiguë plus fréquent, par poussées; un état éléphantiasique de la peau, surtout aux membres inférieurs, tels les cas de Sachs et Lépine, du membre supérieur, tel un cas de Thibierge; la possibilité d'épithélioma se développant secondairement sur une tuberculose verruqueuse, comme il en est figuré un cas dans le traité de M. Brocq. Mais ce sont des complications rares ou de peu d'intérêt comparativement aux propagations

lymphatiques spécifiques; aussi ne nous y arrêterons-nous pas.

Dans toute cette description clinique, tout en laissant entrevoir les analogies de la tuberculose verruqueuse et du lupus, nous n'avons jamais parlé de l'élément typique de celui-ci, le *nodule lupique* : c'est qu'en effet il est très *exceptionnel* de le rencontrer. Riehl et Paltauf font de son absence un signe distinctif de la tuberculose verruqueuse. Fabry, Schultz qui ont étudié des lésions très au début, insistent sur ce fait, que jamais ils n'ont eu de nodules lupiques à l'origine des tubercules verruqueuses; alors qu'au contraire, dans le lupus papillomateux, il y a des nodules typiques qui précèdent l'apparition des végétations, celles-ci n'étant le plus souvent que secondaires à l'ulcération de ces nodules. C'est une des raisons pour lesquelles ces auteurs admettent une dualité entre la tuberculose verruqueuse et le lupus. Pour l'École Française, après Vidal et Leloir, au contraire, il est des formes où la tuberculose verruqueuse la plus typique est secondaire à un lupus tuberculeux, et c'est là un point important qui nous permettra de rattacher, dans notre étude, à la tuberculose verruqueuse le lupus papillomateux, les lupus papillaires, papillaires cornés, papillaires hypertrophiques. Vidal avait déjà remarqué que, si le lupus tuberculeux peut se transformer en lupus scléreux, celui-ci, après raclage, peut récidiver sous forme de lupus vulgaire. Dans une de nos observations, II, tuberculose verruqueuse manifeste par inoculation primitive, nous voyons à la périphérie des nodules typiques, de coloration sucre de pomme, ne disparaissant pas à la

vitro-pression. Cette association de tuberculose verruqueuse et de lupus vulgaire typique se trouve signalée dans nombre d'observations, Du Castel, Leloir, Blaschko, etc.

Beaucoup plus important est le caractère de *régression cicatricielle* que nous venons de décrire. Vidal en faisait une des caractéristiques de l'affection qu'il venait d'individualiser avec Leloir; elle légitimait le nom de lupus scléreux et de ses variétés : lupus scléreux et lupus scléreux et papillomateux, suivant que la sclérose seule, ou le processus papillomateux prédominait. Pour Riehl et Paltauf, c'est une évolution constante de la tuberculose verruqueuse et c'est ce qui atteste sa bénignité. Aussi, ces auteurs et la plupart des dermatologistes allemands et viennois, en font-ils un signe distinctif capital d'avec le lupus verruqueux et papillaire. Il est certain que ce processus sclérosant, cicatriciel, primitif, est de toute importance; c'est le lien qui assure l'unité du groupe des tuberculides scléreuses d'Hallopeau et Leredde, tubercule anatomique, lupus scléreux et tuberculose verruqueuse; des types divers, d'aspects morphologiques décrits par Moschini, pour qui la tuberculose verruqueuse comprend des formes allant de l'éruption papillomateuse ulcéreuse à l'éruption ulcéro-fibromateuse avec tous les types intermédiaires. Dans les différentes variétés cliniques de la tuberculose verruqueuse, même les plus anormales, l'on peut retrouver cette tendance locale à la guérison spontanée par place; mais, ce n'est pas encore le véritable critérium qui permet d'identifier toutes ces variétés; c'est l'histologie seule qui, par la constatation de

mêmes lésions, causées par un même agent, en fera l'unité véritable.

Forme. — Ce que nous avons dit de l'évolution de la plaque verruqueuse nous permet de comprendre combien d'aspects différents et de formes elle peut revêtir. Tantôt arrondie ou ovalaire par suite de la progression excentrique à peu près régulière de la lésion, elle peut être dans d'autres cas sinueuse et festonnée, soit par suite du développement plus actif en certains points, soit par suite de la fusion de placards primitivement isolés. Souvent en effet, les placards sont multiples. Nous avons vu au chapitre de l'étiologie que de petits traumatismes pouvaient créer de nombreuses portes d'entrée s'infectant très facilement par auto-inoculation chez les tuberculeux pulmonaires. Aussi, chez eux, voit-on même fréquemment les lésions occuper la face dorsale des deux mains. Nous avons précédemment indiqué l'origine de placards secondaires autour du placard principal, enfin nous avons noté la propagation de placards verruqueux par voie lymphatique, toutes causes qui déterminent encore la multiplicité des lésions.

Siège. — Lors des premières études, la tuberculose verruqueuse était considérée comme un processus de réaction spéciale de la peau au bacille de Koch. En 1889, Leloir a rapporté une observation d'un cas de lésion tuberculeuse de la langue qu'il rapproche cliniquement et histologiquement du lupus scléreux. Depuis, sous le nom de tuberculoses verruqueuses,

on a relaté un certain nombre d'observations de lésions des muqueuses bucco-linguale, vulvo-vaginale, et ano-rectale, que l'on a identifiées à la tuberculose verruqueuse de la peau du type Riehl et Paltauf. Il n'y a là, d'ailleurs, rien qui doive étonner, ces muqueuses dermo-papillaires, d'origine ectodermique ainsi que la peau, ont tant d'analogie histologique avec elle qu'il est normal qu'elles réagissent pathologiquement de la même façon.

Nous envisagerons donc la tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires.

1^o TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DE LA PEAU. — Il n'est pas de région cutanée où des placards de tuberculose verruqueuse n'aient été signalés. Si le grand nombre des inoculations primitives, ou auto-inoculations secondaires chez des tuberculeux pulmonaires, nous explique la plus grande fréquence sur les régions découvertes, les multiples conditions étiologiques nous donnent la cause des localisations autres. Nous rappellerons que, dans les localisations pour ainsi dire extraordinaires, il faut presque toujours songer à un foyer tuberculeux profond, surtout osseux, parfois latent.

Les *parties découvertes*, les extrémités des mains, sont le plus fréquemment atteintes, c'est le siège de prédilection du lupus scléreux de Vidal et Leloir, de la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf. Pour Fabry, cette dernière n'est typique que lorsqu'elle siège sur la face dorsale de la main. Le tubercule anatomique, ou mieux professionnel, ne se voit guère ailleurs. L'étiologie nous a expliqué cette fréquence, nous n'y reviendrons pas.

La *main* n'est pas également atteinte dans toutes ses parties, c'est surtout la face dorsale de la main droite et plus particulièrement le bord radial chez les tuberculeux pulmonaires, Vidal, Besnier, Bécèle. La plaque est unique ou les placards sont multiples, soit isolés, soit confluent. Dans quelques cas, les lésions sont fort étendues, envahissant toute la face dorsale de la main, et même des doigts, et empiétant sur le poignet, de telle sorte que la main se trouve recouverte d'une véritable carapace cornée, la face palmaire étant libre.

La paume des mains est, en effet, beaucoup plus rarement le siège de la tuberculose verruqueuse, cependant, des cas assez nombreux en ont été observés. Leloir, Lefèvre, Robeff, Heller, Neumann; chez un malade de La Mensa, 1904, les lésions étaient bi-latérales.

Les *doigts* sont atteints avec une fréquence presque aussi grande, surtout sur la face dorsale. Les productions papillomateuses progressent plus ou moins sur les faces latérales, mais s'arrêtent en général sur la face palmaire sans enserrer le doigt dans un anneau verruqueux. Le pouce est le doigt le plus souvent inoculé; le siège dans l'espace interdigital n'est pas rare.

Le *poignet* se trouve souvent noté dans les observations tant sur sa face dorsale que palmaire. Les placards y sont de dimensions très variables, mais typiques.

Les *orteils* et les *pieds* sont les localisations les plus fréquentes après les précédentes. Knickenberg, Fabry, Schultz, Heyse, 1894, a vu la tuberculose verruqueuse siéger sur le gros orteil, Matzenauer, 1900, à l'extrémité des orteils, Lépine, Sachs, Leloir, etc..., sur la face

dorsale des orteils : sur le dos du pied les cas sont fréquents. Leloir, Brugger, Gaucher, Heyse, Neumann, Lang, etc..., très rares à la face plantaire ; cependant Leloir, Deutsch, Fabry en ont rapporté des cas. La localisation malléolaire ou périmalléolaire est l'une des plus fréquentes au membre inférieur, le talon a été signalé : Delore, Danlos, une de nos observations, la partie inférieure de la jambe est souvent atteinte.

Cette fréquence de la forme verruqueuse se retrouve dans toutes les études de lupus des extrémités ; Hahn, cependant, la donne après le lupus serpiginieux, et le lupus hypertrophique exulcérant. Leloir fait au contraire du lupus scléreux et papillomateux la forme ordinaire du lupus de ces régions. Nous rappellerons que c'est surtout à ce niveau que Busch, Schultz, ont vu le lupus simuler de très près l'épithélioma, et ont décrit la forme de lupus épithéliomatoïde des extrémités.

Cette tuberculose verruqueuse des extrémités, en particulier du pied, s'accompagne assez fréquemment d'un état pseudo-éléphantiasique ; il en était ainsi dans les cas de Sachs, de Lépine, de Thibierge d'inoculation primitive, faits qu'il ne faut pas confondre avec les cas d'apparition de végétations verruqueuses sur du lupus vulgaire éléphantiasique.

La tuberculose verruqueuse siège encore sur les différentes régions des *membres supérieurs et inférieurs* : sur les avant-bras, Leloir, Comby, Fabry, Knickenberg ; à la face postérieure du coude, Angibaud, Comby, Leaf ; à la face antérieure et interne du bras, souvent secondaire à l'ouverture de gommes d'origine lymphatique ; dans l'aisselle ; sur le genou, Hahn ; sur

la cuisse, Jackson, Neumann; sur la hanche, Leloir, Kaposi; sur la fesse, Wild; dans l'aîne, De Bovis; sur le thorax, l'abdomen, le cou, Angibaud deux cas, souvent secondaire à une lésion tuberculeuse profonde ouverte à la peau. Elle peut siéger à la face, Leloir en cite plusieurs cas, et figure dans les planches de son traité des lésions de la face tout à fait analogues à celles d'une tuberculose verruqueuse des extrémités. Nous signalerons la tuberculose papillomateuse de Morrow à la joue; dans les formes papillo-cornées ou crustacées, des cas d'Arrivat, Hahn, Knickenberg au menton, un cas de Knickenberg sur le nez. Brocq a vu des cas de lupus scléreux, scrofulide verruqueuse de Hardy, sur le cuir chevelu où il forme des végétations exubérantes.

Dans quelques cas, sur la surface tout entière du corps se voient disséminés des placards de tuberculose verruqueuse typique de dimensions plus ou moins grandes (Leloir, 1892, Busche, 1899). Toutefois, les lésions sont prédominantes aux extrémités.

Influence du siège sur la forme verruqueuse de la tuberculose cutanée. — Longtemps l'on a pensé que la forme verruqueuse de la tuberculose inoculée tenait à la structure de la peau des régions les plus atteintes : mains et pieds. Une même inoculation donnait suivant le siège d'une part de la tuberculose verruqueuse quand la peau était épaisse, d'autre part, le lupus quand la peau était fine, c'est-à-dire en dehors des mains et des pieds. Cette loi ne saurait être admise formulée d'une façon aussi absolue; nous avons vu que la tuberculose verruqueuse peut exister dans toutes les régions, qu'en

un même point une inoculation peut produire l'une ou l'autre forme, que le lupus peut prendre la forme verruqueuse ou inversement la tuberculose verruqueuse peut, après raclage, récidiver en lupus vulgaire, qu'il peut y avoir coexistence des deux lésions. Pourtant le siège aux extrémités joue un rôle certain, il faut en effet tenir compte de ce fait que, dans les tuberculoses cutanées, disséminées, postexanthématiques, l'aspect verruqueux ne se manifeste le plus souvent que sur les mains et les pieds. D'autre part, il est des observations comme celle relatée par Blaschko en 1895 où on voit une tuberculose cutanée des extrémités présenter du côté de la périphérie l'aspect typique de la tuberculose verruqueuse, alors qu'elle prend peu à peu l'aspect de lupus à mesure que l'on remonte sur l'avant-bras.

2° TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DES MUQUEUSES DERMO-PAPILLAIRES. — On l'a surtout signalée en trois points : sur les muqueuses bucco-linguale, vulvo-vaginale et ano-rectale.

Langue. — Leloir, en 1889, signale un lupus de la langue qui histologiquement répond à la forme du lupus scléreux. Du Castel en relate un cas où existait une plaque verruqueuse. En 1895, Darier pour un cas porte le diagnostic de lupus papillomateux : « Une plaque ovale et allongée d'avant en arrière, mesurant 1 centimètre sur 8 centimètres, est située sur le dos de la langue. Elle offre une saillie appréciable, plus accentuée à son milieu. Elle n'est pas ulcérée mais sa surface est mamelonnée, couverte d'élevures hémisphériques ou fongiformes, inégales, du volume d'un grain de millet les plus grosses, de couleur rougeâtre ou gri-

sâtre séparées par des sillons d'un blanc gris. Celles du centre de la plaque sont un peu plus hautes que celles de la périphérie. Le bord de la plaque est limité nettement par une collerette de petites élevures. »

La même année, Muenchheimer signale l'existence de langues lupiques verruqueuses et fissurées. Audry, en 1897, en rapporte un cas. Dainville, en 1904, en publie un cas, sous le nom de tuberculose verruqueuse de la langue. « Sur le bord gauche de la langue, existe une plaque de 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large ; la surface est formée d'un grand nombre de saillies limitées par des fissures plus ou moins profondes. Sur aucun point, on ne voit les ulcérations habituelles de la tuberculose linguale . »

Il y a donc sur la langue, mais rarement, des lésions tuberculeuses qui, cliniquement et aussi histologiquement, comme nous le verrons, rappellent la tuberculose verruqueuse de la peau. Jusqu'ici toutes les observations rapportées concernent des cas d'auto-inoculation secondaire, coexistant le plus souvent avec d'autres manifestations tuberculeuses cutanées. Le malade de M. Bertrand, atteint de tuberculose pulmonaire, porteur d'une tuberculose verruqueuse du doigt, présentait sur le dos de la langue une tumeur verruqueuse de même nature sans doute que les lésions précédentes, il est à regretter que l'examen histologique n'ait pas été fait.

Commissures labiales. — Erhmann, en 1903, a rapporté une observation très intéressante de tuberculose verruqueuse de la commissure labiale gauche chez un tuberculeux pulmonaire, qui avait en outre une ulcéra-

tion tuberculeuse du larynx. Les lésions mi-cutanées, mi-muqueuses avaient les caractères de la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf sur la peau et ceux de papillomes muqueux, de lupus papillaire sur la muqueuse.

Vulve. — La tuberculose verruqueuse de la vulve semble très rare, ou tout au moins mal connue. Peut-être quelques cas en ont-ils été décrits dans ces lésions végétantes que, depuis Huguier, l'on englobe sous le terme général d'esthiomène de la vulve. En l'absence de faits bien observés cliniquement, histologiquement et bactériologiquement, nous ne pouvons rien conclure. Lenglet, signale le lupus scléreux assez fréquent à la vulve. Dans la thèse récente et documentée de Bonnin, « sur la tuberculose de la vulve » Paris 1904, il est bien signalé, à côté de la forme ulcéreuse, une autre forme caractérisée par l'hypertrophie pseudo-éléphantiasique des téguments de la vulve, mais à la lecture des observations, aucune ne correspond à la tuberculose verruqueuse véritable. Toutefois, celle-ci existe; Nobl, en 1896, en a rapporté un cas à la Société de dermatologie de Vienne. Il s'agissait d'une tuberculeuse pulmonaire, ayant une tuberculose verruqueuse, siégeant sur la grande lèvre droite et le clitoris, à propos de laquelle, Ulmann admet que le lupus papillaire papillomateux des muqueuses présente les plus grandes analogies avec la tuberculose verruqueuse de la peau. En présence justement de ce cas où les lésions sont franchement papillomateuses sur la muqueuse, indiscutablement verruqueuse sur la peau, il est impossible d'établir une différence entre les deux affections.

Vagin. — Frattali, en 1904, a publié un cas de tuberculose verruqueuse de la muqueuse vaginale qui nous paraît être bien plus une forme verruqueuse histologique que clinique.

Région ano-rectale. — La région péri-anale est souvent le siège de la tuberculose verruqueuse, nous l'avons vue signalée par Leloir, Besnier, Morestin, Riehl, Leredde et Pautrier, Hartmann, etc. Elle est parfois secondaire à une fistule ouverte à la peau, d'autres fois à une auto-inoculation par suite de la présence du bacille de Koch dans l'intestin. Dans ces cas, elle revêt le type de la tuberculose verruqueuse typique de Riehl et Paltauf, toutefois plus humide, plus suintante et plus fétide (Besnier et Doyon). D'autres fois, elle siège à l'anus, envahissant plus ou moins la muqueuse rectale. Doutrelepon, a publié en 1892, deux cas de lupus papillaire de l'anus, qui ne sont autres que la forme de tuberculose verruqueuse des muqueuses. Mais c'est surtout Riehl, en 1894, et Hartmann, la même année, qui l'ont bien étudiée. Elle est rare, Hartmann n'en connaît que trois cas, deux qui lui sont personnels, un rapporté par Routier et Toupet, au Congrès de la tuberculose, en 1893. Pour lui, elle revêt le type de papillomes ou d'épithéliomas, affections avec lesquelles elle a dû souvent être confondue. Il note le double aspect des lésions cutanées et muqueuses que nous avons donné pour le cas de Nobl, une de ses observations est intéressante par son siège : « Le pourtour de l'anus est parsemé par place de végétations peu saillantes au-dessus de la peau qui les entoure. Par place, la peau ulcérée laisse voir de petites colonnes

séparées les unes des autres, agglomérées et adhérentes par une de leurs extrémités à la couche profonde, tandis que l'autre reste libre. Il y a là un mélange de petits mamelons et de parties villeuses. La lésion s'étend dans le canal anal se prolongeant de 4 à 5 centimètres jusque dans le rectum où le doigt sent des anfractuosités plus ou moins nombreuses séparées par des saillies ».

Dans un cas de Ramoginni et Sacerdote la tuberculose papillomateuse formait un véritable chou-fleur.

II. — FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

L'étude que nous venons de faire concerne la plaque verruqueuse considérée simplement dans ses aspects morphologiques et son évolution locale, c'est-à-dire comme élément pouvant caractériser une forme objective de lésion cutanée tuberculeuse. Nous voulons maintenant rechercher dans quelles affections, décrites comme formes distinctes de tuberculose cutanée, se retrouve cette plaque verruqueuse et voir si on ne peut les englober toutes dans une même forme : la *tuberculose verruqueuse*.

D'après les conditions étiologiques, nous avons admis deux formes :

1° La tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive ;

2° La tuberculose verruqueuse d'auto-inoculation secondaire.

Cette division se trouve pleinement justifiée par la

clinique. Des caractères d'évolution locale sont souvent un peu particuliers à chaque forme. Le pronostic est tout à fait différent : dans le premier cas, l'affection est le premier accident tuberculeux de l'individu, créant la porte d'entrée du bacille de Koch avec une perpétuelle menace de généralisation de l'infection tuberculeuse, qui, malheureusement se réalise trop souvent.

1° Formes d'inoculation primitive.

Ce sont toutes les tuberculoses verruqueuses primitives de la peau d'inoculation accidentelle. Elles comprennent les affections décrites sous le nom de tubercule anatomique, de lupus scléreux de Vidal, nombre de cas tout au moins, de tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf. Nous rappellerons que le nom de tuberculose papillomateuse a souvent été employé pour désigner cette dernière ou l'ensemble des types décrits (Debove, Arrivat). Depuis longtemps il est admis que toutes ces formes sont voisines, tubercule anatomique, ou identiques, lupus scléreux et tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf. Merklen, en donnant l'analyse du premier travail de Riehl, 1885, assimile la tuberculose verruqueuse de cet auteur au tubercule anatomique français. L'année suivante, Vidal y reconnaît son lupus scléreux, et ne cesse depuis de proclamer l'identité des deux affections, ainsi que Leloir. Dans la suite, l'Ecole Française entière défend cette opinion retrouvée dans les travaux généraux, de Besnier, Arrivat, Angibaud, Leloir, Du Castel, Etienne,

Balut, Robeff, Hallopeau, Gaucher, Lenglet, Brocq, etc.. A la suite de ces revendications, cette identité est admise par l'Ecole Viennoise et Allemande, Knickenberg, Doutrelepont, Finger, Neisser, Jadassohn, etc. qui, de même que Vidal, tendent à rattacher la tuberculose verruqueuse au lupus et, par l'Ecole anglo-américaine, avec Fox, R. Crocker, White, Morrow, etc..

Nous voulons redonner ici les descriptions du lupus scléreux et de la tuberculose verruqueuse telles qu'elles ont été faites par Vidal, Riehl et Paltauf. Nous y ajouterons celle du tubercule anatomique, telle qu'elle se trouve dans les classiques. Nous n'avons pas en vue, en faisant cela, de faire simplement ressortir les analogies ou l'identité qui peuvent exister entre ces formes, point depuis longtemps élucidé ; nous voulons surtout montrer comment, d'une façon générale, l'on a considéré ces tuberculoses verruqueuses d'inoculation exogène primitive bénignes et purement locales. Un point que nous voudrions en effet bien mettre en évidence est, au contraire, la *gravité de ces tubercules anatomiques, de ces tuberculoses verruqueuses*. Ce sont de véritables *chancres tuberculeux*, accidents locaux d'abord, qui, de même que le chancre syphilitique, donnent le plus souvent une propagation lymphatique et sont souvent l'origine d'une infection viscérale.

1^o Tubercule anatomique. — C'est la lésion qui survient aux doigts, à la main principalement, à la face dorsale, chez des médecins, garçons d'amphithéâtres ou étudiants en médecine qui s'inoculent lors d'autopsies ou de dissections de sujets tuberculeux.

C'est là le sens le plus restreint : celui dans lequel l'entendaient encore récemment Audry et Dalous, 1903, et leur élève Bourras, 1904 : *le tubercule des anatomistes*. Nous avons vu qu'une lésion identique pouvait se produire chez bien d'autres individus ; aussi vaut-il mieux adopter avec Barthélemy le terme de tubercule professionnel, celui-ci pouvant se voir chez toutes personnes se blessant avec des objets souillés de tuberculose humaine ou bovine, ou s'inoculant à la faveur d'une plaie préexistante par du virus tuberculeux.

Le début est variable. Parfois la petite plaie résultant de l'inoculation reste sans tendance à la cicatrisation, il se forme une petite ulcération légèrement croûteuse qui prend peu à peu l'aspect verruqueux. D'autres fois la plaie se referme, puis s'exulcère et végète. Dans d'autres cas, l'inoculation donne des phénomènes inflammatoires qui semblent banaux : abcès ou panaris, ceux-ci s'ouvrent, laissent une ulcération torpide qui se papillomatise. Le plus souvent, le début se fait par une petite papule rougeâtre, dure, portant à son sommet un petit point blanc qui se ramollit, s'ulcère, se vide. L'ulcération se recouvre de végétations papillaires cornées, ou bien elle peut se refermer, un nouvel abcès se faire, et ainsi de suite, l'aspect verruqueux apparaissant après un temps plus ou moins long ; ou bien le début se fait par un point d'hyperkératose sous lequel se produit une minuscule tache jaunâtre qui s'accroît progressivement (Brocq).

Quel que soit le mode de début, les lésions s'accroissent en se recouvrant de végétations papillaires, et

prennent l'aspect du papillome corné. C'est une lésion toujours d'assez faibles dimensions, variant de la surface d'une lentille à une pièce de 50 centimes, pouvant parfois atteindre celle d'une pièce d'1 franc, mais, alors elle est le plus souvent due à la confluence de plusieurs noyaux voisins. Elle est ordinairement de formes et de contours irréguliers.. Ses saillies papillaires sont plus ou moins prononcées, donnant tous les intermédiaires du noyau dur, hyperkératose simple, de la lésion lobulée, à la plaque verruqueuse typique, avec papilles cornées bien isolées.

Le tubercule anatomique reste le plus souvent stationnaire dans un état de sécheresse complet, indolent, ne gênant nullement le malade qui ne s'en préoccupe pas. D'autres fois, au contraire, il présente de petites poussées inflammatoires avec de petits abcès analogues aux abcès initiaux. C'est parfois dans le voisinage que ceux-ci se produisent; ils se papillomatisent à leur tour et se réunissent aux tubercules antérieurs, c'est l'origine que nous avons signalée dans les tubercules de grandes dimensions. Le tubercule anatomique suppurant est légèrement douloureux spontanément, et très sensible à la pression.

Le tubercule anatomique peut régresser et très fréquemment il guérit spontanément après un plus ou moins grand nombre d'années. Parfois le centre seul s'affaisse et la périphérie reste en activité; la cicatrisation peut continuer par le centre alors que la lésion s'étend excentriquement. C'est là tout à fait le type clinique de la tuberculose verruqueuse. Parfois il peut s'étendre en profondeur et envahir les tissus profonds

osseux (Hallopeau). Il peut rester indéfiniment stationnaire à l'état de lésion papillomateuse locale ; mais, parfois, il s'accompagne d'une infection tuberculeuse lymphatique tronculaire ou ganglionnaire. La généralisation tuberculeuse viscérale mortelle peut se voir chez des sujets prédisposés à la tuberculose.

2° Le lupus scléreux de Vidal et Leloir. — Vidal, en 1883, admet trois formes cliniques de lupus : 1° le lupus érythémateux ; 2° le lupus tuberculeux ou vulgaire ; 3° le lupus scléreux, sur lequel il veut attirer l'attention. Nous avons vu qu'il l'identifie à la scrofulide verruqueuse de Mac Call Anderson, au lupus papillaire verruqueux de Kaposi et au lupus corné de Lang. Voici la description qu'il donne de son lupus scléreux :

« Le lupus scléreux peut s'observer d'emblée avec tous ses caractères essentiels ; c'est la forme primitive de l'affection. Mais il est plus fréquent de voir un lupus primitivement tuberculeux s'indurer, végéter, devenir papillomateux ; c'est la forme secondaire du lupus scléreux....

« Le lupus scléreux primitif débute sous la forme de taches rougeâtres, qui s'agrandissent et proéminent bientôt en petites saillies tuberculeuses, dures, circonscrites, d'un rouge foncé ou même violacé ; puis, ces plaques s'étendent, les éléments du derme et de l'épiderme subissent une hypertrophie exagérée et forment des saillies mamelonnées, rugueuses, inégales, hérissées en certains points d'excroissances verruqueuses papillomateuses, d'apparence cornée, séparées par des

sillons et des fissures. Ces fissures peuvent même devenir de véritables ulcérations fournissant une sérosité purulente. Aussi, quand on presse ces productions morbides entre les doigts, peut-on faire sourdre du pus des parties profondes. Au bout d'un certain temps les points primitivement attaqués tendent à la régression de telle sorte qu'il se forme au centre même des plaques une cicatrice qui s'étend progressivement vers la périphérie en suivant la production lupique dans sa marche serpigineuse et extensive : ce processus cicatriciel peut quelquefois envahir en un point les bords de la plaque et donner ainsi à la lésion l'apparence d'un fer à cheval ; dans les cas exceptionnels de guérison spontanée les saillies verruqueuses et mamelonnées s'affaissent, puis disparaissent ; il ne reste qu'une plaque de tissu scléreux au milieu de laquelle on voit parfois dans un temps plus ou moins éloigné récidiver des tubercules. » (VIDAL.)

A côté de cette forme méritant le nom de *lupus scléreux*, sous-variété papillomateuse, Vidal décrit une autre sous-variété plane ayant un aspect un peu différent : « Dans d'autres cas, le *lupus scléreux* se manifeste sous forme de placards plus ou moins grands variant du diamètre d'une pièce de 2 francs à celui de la paume de la main, plus ou moins surélevés, à surface presque lisse ou très légèrement mamelonnée et rappelant parfois la surface d'un placard de lichen plan d'un rouge violacé. L'épiderme qui recouvre les placards est luisant, comme vernissé ; il est parfois le siège d'une légère desquamation pityriasiforme ou lamelleuse. On n'observe pas ici de productions cor-

nées comme dans la sous-variété papillomateuse précédente. » (LELOIR, *Traité de scrofulo-tuberculose*, 1892.

« *Siège.* — Le lupus scléreux peut se développer sur divers points du corps; mais toutes les régions n'y sont pas également prédisposées. On le rencontre surtout aux extrémités, aux doigts, aux mains et aux pieds; il est relativement assez fréquent aux avant-bras, aux cuisses, aux fesses; on l'a aussi noté à la face.

« *Marche.* — La marche du lupus scléreux n'offre rien de particulier; elle est identique à celle du lupus verruqueux : elle est essentiellement chronique; la lésion se développe lentement, s'étendant par les bords, serpentineuse, guérissant spontanément au centre. Elle ne prend jamais une forme aiguë; elle n'a jamais de tendance à passer à l'état de lupus vorax. Elle dure souvent huit, dix, quinze ans, parfois même dans quelques cas assez rares, elle persiste jusqu'à la fin de la vie.

« *Etiologie.* — C'est presque toujours chez des sujets tuberculeux qu'on l'observe. Les hommes semblent y être plus prédisposés que les femmes, ce qui est assez remarquable puisque l'on sait que toutes les autres formes de lupus sont au contraire beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

« *Pronostic.* — Le lupus scléreux n'est pas une lésion grave, en ce sens qu'elle ne prend jamais une marche aiguë et qu'elle ne se transforme jamais en lupus vorax. Aussi ne laisse-t-elle pas d'ordinaire de

cicatrices très difformes; les mutilations ou les déformations graves que l'on peut observer dans quelques cas aux extrémités ont été le plus souvent causées par un lupus tuberculeux profondément ulcéré, qui a plus tard subi la transformation scléreuse. Mais au point de vue de la durée même de la lésion, le pronostic doit être très réservé, car en l'absence de toute intervention active le lupus scléreux ne tend que fort lentement à la guérison spontanée, et peut même persister indéfiniment, soit sur place, soit en suivant une marche serpigineuse.

« *Diagnostic.* — L'affection avec laquelle le lupus scléreux peut être le plus facilement confondu c'est le *tubercule anatomique*. Le siège si spécial à la face dorsale des doigts du tubercule anatomique qui est presque toujours unique, son étendue d'ordinaire beaucoup moindre que celle d'une plaque de lupus scléreux; sa forme qui n'est point serpigineuse ou centrifuge et l'absence de cicatrice centrale, permettront le plus souvent de poser le diagnostic. On devra, toutefois, tenir compte des commémoratifs; le tubercule anatomique n'est vraisemblablement que le produit d'inoculation du tuberculome; il se développe sur les mains de ceux qui se piquent en pratiquant l'autopsie de sujets morts de tuberculose: il y a d'abord une inoculation par piqûre anatomique, puis une ulcération qui persiste un certain temps, devient peu à peu papillomateuse, ensuite reste stationnaire ou s'agrandit lentement tout en conservant sur toute son étendue un aspect verruqueux. Ces commémoratifs permettront toujours de reconnaître cette affection qui me paraît

être un tuberculome fibreux. » (VIDAL, le Lupus scléreux. *Annales de dermatologie*, 1883).

3° La tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf — Riehl et Paltauf, en 1885 et 1886, ont décrit, comme affection nouvelle, sous le nom de tuberculose verruqueuse, une tuberculose cutanée qui rappelle de très près le lupus scléreux de Vidal. Nous avons fait traduire *in extenso* l'article de ces auteurs ; mais l'analyse donnée par Merklen est si fidèle et si complète dans la partie clinique que c'est elle que nous citerons comme description de la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf :

« L'affection, décrite par Riehl, siège habituellement à la face dorsale des mains et des doigts ou dans l'interstice de ces derniers, plus rarement à la paume des mains ou dans les régions avoisinantes des poignets. A première vue, elle fait penser au lupus verruqueux, ou à des verrues irritées ou enflammées. Elle se présente sous forme de placards de dimensions variables, depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'un thaler, arrondis, circonscrits ou ovales ou bien encore serpiginieux quand ils résultent de la confluence de plusieurs plaques primitives. L'extension d'un placard se fait toujours par le développement de lésions nouvelles à sa périphérie, alors que sa partie centrale représente l'altération à son degré le plus avancé, ou déjà en rétrocession.

« Si l'on considère un placard en voie d'accroissement excentrique, on constate à sa périphérie un liseré érythémateux, disparaissant sous la pression du doigt, sans saillie bien appréciable ; à ce niveau, la peau est

lisse, quelquefois brillante ; les orifices glandulaires y sont nettement distincts. Dans la zone avoisinante on remarque de petites pustules très superficielles, ou bien des croûtelles arrondies et des squames vestiges de pustules. Ici la peau est d'un brun livide, et reste jaunâtre sous la pression du doigt, elle est le siège d'une légère infiltration. A mesure que l'on se rapproche du centre, les altérations sont plus prononcées. En effet une troisième zone se caractérise par sa saillie (2 à 5 millimètres au-dessus de la peau), sa surface irrégulière et ses excroissances papillomateuses qui sont d'autant plus proéminentes qu'on se rapproche de la région centrale ; elles peuvent alors mesurer 5 à 7 millimètres. Elles sont d'ailleurs recouvertes de croûtes constituées par des lamelles d'épithélium corné. croûtes qui dissimulent la teinte livide de la peau. Dans l'intervalle des papillomes, se voient des rhagades, des érosions et des pustules, aussi la pression fait-elle sourdre comme d'un écumoir, de petites gouttelettes de pus. Dans ce stade de la lésion les orifices glandulaires et les follicules pileux ne sont plus perceptibles. Ça et là, on peut retrouver un poil lanugineux qui se laisse facilement arracher.

« Arrivée à ce degré le plus avancé, l'altération cutanée rétrocede, et l'on voit sur les placards anciens les excroissances verruqueuses affaissées, peu chargées de croûtes. Les petits abcès ne se retrouvent plus dans leur intervalle. Plus tard encore les papillomes ont disparu laissant à leur place une cicatrice squameuse, mince et superficielle surtout remarquable par son aspect criblé et réticulé ; ce réticulum tranche

par sa teinte blanche sur le fond violacé de la cicatrice.

« Comme symptômes subjectifs, la tuberculose verruqueuse ne présente qu'une excessive sensibilité à la pression et quelques fois même au contact. D'autre part, on n'a pas noté d'accidents à distance. Dans un seul cas, à la suite d'une cautérisation, on a observé de la tuméfaction des ganglions axillaires.

« L'affection s'observe en général, chez des sujets vigoureux et à la force de l'âge, la plupart ayant des occupations qui les mettent en contact avec les animaux domestiques ou les substances animales. La durée est longue, variant suivant les observations, de 2 à 15 ans. L'extension des plaques est irrégulière et intermittente ne se faisant parfois que sur une partie de leur périphérie d'où des contours serpigineux.

« Les formations papillaires, sur un point nouvellement envahi, demandent pour se produire, un à deux mois. Le stade papillomateux peut persister sans modifications appréciables pendant un temps très long.

« Le diagnostic se base, non sur tel caractère, mais sur la succession particulière des diverses phases.

« La tuberculose verruqueuse présente des caractères très semblables à ceux du tubercule des anatomistes. Riehl et Paltauf, après l'examen histologique d'un cas, tubercule enlevé à leur collègue Kolisko, ne cherchent pas à distinguer les deux affections et se bornent à mentionner leurs ressemblances sans cependant conclure catégoriquement à leur identité. » (RIELH et PALTAUF, analysés par MERKLEN in *Annales de dermatologie*, 1886.

Voici donc trois formes décrites séparément ; y a-t-il lieu de les conserver ainsi individualisées ?

La simple lecture des mémoires de Vidal et de Riehl et Paltauf montre que, cliniquement, le lupus scléreux et la tuberculose verruqueuse sont identiques. Les lésions ont une prédominance aux mêmes sièges, les extrémités, un même aspect papillomateux et corné, une même évolution locale, processus de guérison par sclérose cicatricielle, centrale surtout. Les deux descriptions cliniques sont donc superposables ; nous verrons qu'il en est de même des études anatomo-pathologiques et bactériologiques ; c'est pourquoi, cette identité est admise actuellement par la généralité des dermatologistes. Les moulages de la collection Saint-Louis, étiquetés lupus scléreux papillomateux par Vidal, de même que le lupus scléreux des planches de Leloir, *Traité de la scrofulo-tuberculose* (1892), sont d'irréfutables exemples de tuberculose verruqueuse.

Quant au tubercule anatomique, ce n'est pas non plus une forme cliniquement très différente des deux précédentes. Comme aspect local, elle reproduit d'une façon générale les lésions de la tuberculose verruqueuse ; les lésions restant de plus faibles dimensions, pourra-t-on dire, si l'on tient à établir des différences ? Le plus souvent, la tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive débute comme un tubercule anatomique ou plutôt elle n'est que le résultat de l'accroissement progressif et extensif de celui-ci. Un autre point clinique, qui rapproche les deux formes, est la constatation d'infections secondaires, lymphatique et viscérale, identiques dans les deux : la démonstration des rapports

intimes du tubercule anatomique et de la tuberculose verruqueuse est faite au point de vue de l'aspect morphologique et de la nature tuberculeuse par l'histologie et la bactériologie. Mais toutes les lésions dénommées tubercule anatomique sont-elles de la tuberculose verruqueuse ? Audry, Bourras l'affirment avec la majorité des auteurs. Pour Pollosson, Broca, Hallopeau, il en est peut-être qui ne sont pas bacillaires. Nous croyons déjà pouvoir affirmer ici la nature tuberculeuse du tubercule anatomique ; nous la démontrerons à l'étude des complications, de l'anatomie pathologique et de la bactériologie.

D'après toutes ces études, la tuberculose verruqueuse survient donc après une inoculation tuberculeuse exogène, après une période d'*incubation* plus ou moins longue. Celle-ci a pu être assez exactement fixée dans les cas d'inoculation accidentelle. Elle peut être très courte : dans quelques faits à marche rapide, à la suite de l'inoculation tuberculeuse, la plaie qui a servi de porte d'entrée au virus se modifie dès le quatrième jour en prenant des caractères évolutifs du type tubercule anatomique (Du Castel). Le plus souvent, c'est de dix à quinze jours après que l'on voit survenir les modifications (Tscherning, Raymond), parfois après un temps beaucoup plus long : deux à quatre semaines (Dubreuilh et Auché), trois semaines à un mois (Raymond, Robeff, Bourras), un mois (obs. XI).

Cette incubation peut se prolonger beaucoup plus longtemps : plusieurs semaines, des mois même, la plaie d'entrée se cicatrisant et donnant dans la suite une tuberculose verruqueuse au niveau de la cicatrice.

Nous pensons que, dans ces cas, le bacille de Koch inoculé a été inclus dans la cicatrice, encapsulé par le tissu fibreux; néanmoins, il a gardé sa vitalité, et, dans la suite, sous l'influence de conditions difficiles à préciser, tenant peut-être au terrain, il s'est mis à coloniser ce niveau et à donner de la tuberculose verruqueuse.

La lésion constituée a tous les caractères d'aspect et d'évolution locale que nous avons décrits à la plaque verruqueuse. Ce que l'on peut reprocher à Vidal et à Riehl et Paltauf, c'est d'avoir fait de cette affection une forme de tuberculose éminemment locale, et partant bénigne; s'il en est ainsi parfois dans un groupe de formes torpides, à marche très lente, *il est très fréquent de voir se produire de l'infection tuberculeuse lymphatique ou de la généralisation viscérale*, de telle sorte que cliniquement, d'après la marche l'on pourrait distinguer :

- 1° *Des formes torpides*, peu dangereuses;
- 2° *Des formes virulentes* (avec généralisation lymphatique et viscérale).

Les formes d'inoculation exogène primitive, tubercule anatomique et tuberculose verruqueuse tirent leur plus grand intérêt de cette généralisation lymphatique et viscérale; aussi y consacrerons-nous un chapitre spécial.

2° Formes d'auto-inoculation secondaire.

Nous serons assez bref sur ce point, leurs particularités résidant surtout dans leur étiologie.

1° Auto-inoculation chez des tuberculeux pulmonaires. — Besnier insiste sur ce fait que la tuberculose verruqueuse qui survient chez les tuberculeux pulmonaires non encore phtisiques, par auto-inoculation, prend quelques caractères spéciaux qui en modifient le type habituel : c'est d'abord une *rapidité d'évolution* beaucoup plus grande. Les ulcérations miliaires apparaissent plus rapidement ; les progrès secondaires sont très nombreux, fort rapprochés le plus souvent du placard central auquel ils se réunissent, d'où l'aspect polycyclique. La lésion est souvent très croûteuse, appartenant plutôt au type papillo-crustacé ; elle est parfois recouverte d'une véritable croûte rupioïde. Il s'y manifeste déjà une *tendance ulcéreuse*, et Besnier y voit une véritable forme de transition avec l'ulcération tuberculeuse survenant chez les phtisiques, telle que l'ont décrite Ritzo et Vallas dans leurs thèses ; dans ce cas, la lésion ulcéreuse persiste seule sans processus végétant ni papillomateux.

2° Tuberculoses secondaires à l'ouverture cutanée de foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds. — Ils peuvent prendre la forme la plus typique de la tuberculose verruqueuse sans nodules lupiques aucun, avec les trois zones bien distinctes et le caractère cicatriciel au centre. Parfois, au contraire, on a une association de lupus vulgaire et même d'ulcération tuberculeuse. Le plus souvent, la relation avec la lésion profonde est évidente. Parfois, ainsi que l'a montré Adenot, elle demande à être recherchée soi-

gneusement. L'étiologie nous a appris que l'époque d'apparition de la tuberculose verruqueuse est très variable après l'établissement de la fistule.

3° Tuberculoses verruqueuses secondaires au lupus éléphantiasique. — Les formes hypertrophiques et éléphantiasiques du lupus des membres s'accompagnent de déformations très marquées de ceux-ci qui sont élargis et rappellent l'aspect de *l'éléphantiasis nostras* ; c'est justement la présence de circonvolutions verruqueuses, avec abcès intra dermiques en activité à la périphérie des lésions, qui permettent de faire le diagnostic. Quelquefois, au lieu d'avoir ainsi le type scléreux et papillomateux de Vidal il se forme de véritables plaques de lupus corné de Vidal sans différenciation des papilles.

4° Tuberculoses verruqueuses post-exanthématiques. — Elles ont pour caractères d'apparaître dans le cours ou dans la convalescence des fièvres éruptives, de la rougeole en particulier, ou immédiatement après, de survenir d'une façon soudaine en plusieurs points, de rester le plus souvent isolées, ne formant pas de grands placards, de ne présenter cet aspect verruqueux que sur le dos des mains et des doigts, des pieds et des orteils, la tuberculose cutanée se manifestant sur le reste du corps sous la forme de lupus vulgaire disséminé ou de *lichen scrofulosorum* ; elles sont d'une bénignité relative, quoiqu'elles persistent en général alors que les autres éléments disparaissent assez rapidement.

Tels sont les principales variétés et les aspects cliniques de la tuberculose verruqueuse. Voyons maintenant quels sont les rapports qu'elle affecte avec les autres tuberculoses cutanées.

III. — RAPPORTS CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE VERRUQUEUSE AVEC LES AUTRES FORMES DE TUBERCULOSES CUTANÉES.

La tuberculose verruqueuse se trouve rarement la seule manifestation tuberculeuse cutanée, le plus souvent il y a coexistence d'autres lésions qui sont de développement antérieur ou postérieur, parfois simultané.

Ce sont des ulcérations tuberculeuses vraies des lèvres ou de la langue, de la vulve (Deschamps). Cela se voit surtout chez les tuberculeux pulmonaires, les deux lésions relevant d'auto-inoculations secondaires. D'autrefois, ce sont des gommes tuberculeuses typiques, souvent secondaires elles-mêmes aux placards verruqueux. Dans d'autres cas c'est du *lichen scrofulosorum*, surtout chez les enfants, et dans les cas post-rubéoliques. Nous avons vu d'autre part toutes les lésions tuberculeuses sous-cutanées, profondes ou viscérales qui peuvent être l'origine de tuberculose verruqueuse. Cette coexistence fréquente de ces lésions chez un même individu invite à les rapporter à une même nature tuberculeuse et cela d'autant plus que l'on voit les relations les plus intimes s'établir entre la tuberculose verruqueuse et le lupus vulgaire. Nous rappellerons que le lupus et la tuberculose verruqueuse ont une étiologie identique et que dans certains

cas d'auto-inoculation l'un et l'autre se produisent indifféremment autour d'une fistule, qu'une tuberculose verruqueuse après raclage récidive souvent en lupus vulgaire (Vidal), qu'une cicatrice de cette même forme peut donner dans la suite des nodules lupiques typiques (Doutrelepont). Enfin il est des lésions mixtes comme le cas de Blaschko et un des cas de Vidal, un des nôtres, où l'on trouve côte à côte, sur une même plaque, de la tuberculose verruqueuse et du lupus vulgaire (nodules lupiques). Aussi peut-on se demander quel est le caractère essentiel qui différencie l'une de l'autre.

Nous avons vu Riehl et Paltauf vouloir séparer complètement la tuberculose verruqueuse en une forme clinique spéciale avec absence de nodules lupiques, présence d'abcès miliaires, absence d'ulcération centrale et tendance à la cicatrisation spontanée. Sans doute le lupus vulgaire classique avec ses caractères typiques, qu'il se présente sous la forme de *lupus non exedens* ou de *lupus exedens*, ne ressemble guère à la tuberculose verruqueuse. Plus ou moins modifié dans son aspect l'on retrouve toujours ses lésions élémentaires, faciles à reconnaître, les nodules lupiques : « Ces éléments primitifs sont de petits grains d'un rouge jaunâtre, plus ou moins clairs, et comme translucides ressemblant à du sucre d'orge ou à de la gelée de pommes, enchassés dans le derme et recouverts d'épiderme au travers duquel on les voit par transparence. Ils'en produit d'abord un ou plusieurs de la grosseur d'une tête d'épingle isolés les uns des autres ou groupés le plus souvent sur la joue, le nez ou quelqu'autre

endroit de la face, plus rarement sur les membres ou sur le corps. Peu à peu ils se développent, augmentent de volume, arrivent même parfois à faire une certaine saillie et à être perceptibles au toucher. Un autre de leurs caractères et des plus importants, qu'ils conservent dans toutes les phases de leur évolution, surtout lorsqu'ils tendent à la destruction rapide des tissus, c'est leur mollesse et la facilité avec laquelle ils se laissent dilacérer par les instruments tranchants. A mesure qu'ils grossissent, ils se multiplient, il s'en forme d'autres tout autour. Dès lors l'évolution est des plus variables suivant les cas et il en résulte une infinité de formes ou de variétés. » (Brocq, *Traité de dermatologie*, 1907).

Les rapports avec ces formes typiques semblent donc lointains, toutefois il ne faut pas oublier avec Mac Call Anderson et Vidal qu'un lupus peut être constitué par des tubercules durs qui se hérissent de productions épidermiques cornées, et que parfois il y a mélange des deux lésions.

D'autre part, il est toute une série de formes de lupus, exedens, ulcéreux superficiels en particulier, qui, après ulcération des nodules, végètent et prennent un aspect papillomateux ou papillaire. Doit-on les considérer comme de la tuberculose verruqueuse ? Riehl et Paltauf, Fabry, Schultz, Rosenthal etc., les séparent complètement ; d'autres, avec Jadassohn, Knickenberg, Neisser, Finger, R. Crocker et la plupart des américains les considèrent comme des formes extrêmement voisines sinon identiques.

En France, Du Castel semble adopter l'opinion de

Hardy, et croit que les deux formes se rattachent au *lupus pustuleux*. M. le Professeur Gaucher n'envisage pas la question. Lenglet emploie indifféremment les termes de *lupus papillomateux*, *papillaire* et *lupus scléreux*, preuve qu'il les identifie. Brocq, dans son récent traité décrit dans les *lupus exedens*, le *lupus ulcéreux serpiginieux*, dont il rapproche les *scrofulides serpigneuses*, *verruqueuses végétantes*, *papillomateuses*, le *lupus scléreux papillomateux*, *éléphantiasique*. Il fait à ce propos la description du *lupus scléreux* de Vidal, mentionnant que « c'est probablement à ces variétés qu'il faut rattacher le tubercule anatomique et la tuberculose verruqueuse de la peau de Riehl et Paltauf dont la description clinique se confond pour ainsi dire avec celle du *lupus scléreux*. » Mais il a déjà donné individuellement l'étude du tubercule anatomique et de la tuberculose verruqueuse. S'il considère le tubercule anatomique comme « un *lupus* des plus virulents qui doit être rangé dans le *lupus scléreux papillomateux* et que nous ne décrivons à part que pour nous conformer à l'usage reçu », il semble bien accorder une certaine autonomie à la tuberculose verruqueuse : « Dans cette affection, les papillomes seraient primitifs et se développeraient avec les nodules, ils ne seraient pas consécutifs à l'ulcération des tubercules comme dans le *lupus papillomateux* ».

*Y a-t-il vraiment là un criterium clinique certain, qui crée une distinction entre les *lupus papillomateux*, *papillaire* et la tuberculose verruqueuse?*

L'absence de nodules, indiquée par Riehl et Paltauf, dans la tuberculose verruqueuse n'est pas absolue

comme nous l'avons vu; d'autre part, il est fréquent macroscopiquement de ne pouvoir reconnaître des nodules dans un lupus papillaire ou papillomateux.

Les *végétations papillaires* seraient *primitives* dans la tuberculose verruqueuse, secondaires à une ulcération des tubercules dans le lupus papillomateux. Une distinction complète ne saurait être établie sur ces caractères, pas plus que sur la présence d'abcès miliaires dans le premier cas. En effet des ulcérations peuvent voisiner avec de la tuberculose verruqueuse d'inoculation externe et se recouvrir ensuite de végétations papillaires cornées. Les abcès miliaires peuvent faire défaut dans des tuberculoses verruqueuses manifestes, alors que dans certains lupus papillaires l'on peut voir de petits abcès miliaires dans les fissures. D'autre part, ne peut-on pas considérer les petits abcès miliaires de la tuberculose verruqueuse comme dus à des nodules ulcérés et ne voit-on pas Du Castel, après Hardy, enclin à penser que le lupus scléreux n'est qu'une variété du *lupus pustuleux*. « Le lupus scléreux de Vidal, tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, scrofulide verruqueuse de M. Hardy, débute toujours par des pustulettes, renferme dans ses interstices de petites ulcérations miliaires et le processus végétant ne se montre qu'après le processus ulcéreux, à la période initiale, comme au cours de l'extension; aussi ce processus pustuleux devrait, d'après le professeur Hardy, être mis au premier plan dans la définition de cette variété de lupus; les bourgeons durs verruqueux qui ont valu à cette affection le nom de tuberculose verruqueuse, de scrofulide verruqueuse (Hardy), ne sont

qu'un phénomène secondaire, consécutif, ne devant pas servir à définir la lésion. » (DU CASTEL, *Tubercules cutanées*, 1892).

L'évolution locale serait-elle différente? Le lupus papillomateux ou papillaire présenterait, le plus souvent en son centre, une ulcération au lieu de la tendance cicatricielle du lupus scléreux, mais ceci est loin d'être vrai : dans la généralité des cas, le lupus papillomateux a, lui aussi, une tendance à la cicatrisation centrale assez marquée et le plus souvent on note l'absence d'ulcération, ainsi que le mentionnent divers auteurs, Knickenberg, etc., et que cela a été confirmé par Morrow.

Nous avons vu qu'il n'y a pas de différence étiologique ; aussi, cliniquement, ne peut-on séparer les lupus papillomateux, papillaires de la tuberculose verruqueuse. Il est vrai que l'on a voulu en donner comme élément de distinction la gravité et la richesse en bacilles. Nous verrons que ces caractères n'ont rien d'absolu.

En conséquence, toute cette étude montre que le terme de tuberculose verruqueuse est employé par les auteurs pour désigner des lésions d'origine étiologique très diverses, d'aspects cliniques souvent fort éloignés, les végétations papillaires pouvant être primitives ou secondaires à l'ulcération d'un lupus. Cliniquement, la tuberculose verruqueuse doit donc, dans son sens le plus général, être entendue comme toute tuberculose superficielle, ou lupus, cutanée et des muqueuses dermo-papillaires, se manifestant par une végétation papillaire, que celle-ci prenne le type papillo-corné ou

papillaire nu, qu'elle soit suppurante ou sèche. Les autres caractères sont secondaires et servent à déterminer seulement des variétés entre lesquelles existent tous les faits de passage. C'est là une conception admise par un certain nombre d'auteurs, (Newins Hyde, Moschini). Ni l'histologie, ni la bactériologie ne permettent, ainsi que nous le verrons, d'établir des différences absolues entre toutes ces variétés.

Il n'en reste pas moins vrai, que dans tout ce grand groupe de tuberculoses verruqueuses, il est nécessaire de maintenir à part une variété : les formes verruqueuses inoculées primitives. Indépendamment de la lenteur d'évolution de leur lésion locale avec sa tendance cicatricielle, elles se différencient surtout par leur physionomie générale : elles sont souvent le point de départ de tuberculoses généralisées, et par là elles sont d'une gravité générale beaucoup plus grande que les autres variétés. Nous rappelons que ce type comprend le lupus scléreux de Vidal, en partie, la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, le tubercule anatomique.

IV. — CONCLUSIONS

I. — La *plaque verruqueuse* dans son aspect et dans son évolution crée l'unité clinique de la tuberculose verruqueuse.

a) Elle est constituée par une lésion plus ou moins saillante de surface rugueuse et irrégulière avec végétations séparées par des fissures suppurantes. Les *végétations* sont plus ou moins exubérantes et à type plus ou moins accusé. Elles peuvent se recouvrir d'une

épaisse couche cornée, donnant suivant que les papilles restent isolées, ou se recouvrent de croûtes qui les agminant, les types papillo-corné et papillo-crustacé. Dans d'autres cas, il y a une simple végétation papillaire sans hyperkératose, c'est la tuberculose verruqueuse non cornée à laquelle se rattachent les types objectifs de la tuberculose papillomateuse de P. O. Morrow, de lupus épithéliomatoïde de Busch, de lupus papillaire et papillomateux de la peau, de lupus papillaire des muqueuses. Entre ces végétations se voient des *fissures* plus ou moins profondes, parfois véritables crevasses, qui de leur fond exulcéré, avec petites ulcérations miliaires, laissent sourdre spontanément ou à la pression des gouttelettes de pus. Lorsque ce processus suppuratif devient prédominant, l'on a de véritables lésions trichophytoïdes simulant les dermatomycoses suppurantes de la peau. Cette suppuration, ces abcès miliaires considérés comme dus à l'intervention de microbes associés sont très importants pour le diagnostic de cette lésion ; ils n'ont cependant pas une valeur absolue et peuvent manquer dans certains cas.

b) Les végétations et fissures par leur réunion forment la *plaque verruqueuse* qui, à son complet état de développement est constituée par *trois zones* : une zone centrale, papillomateuse, une zone périphérique simplement érythémateuse, une zone intermédiaire entre les deux pustuleuse et croûtelleuse.

c) La plaque verruqueuse dans sa lésion initiale, n'est le plus souvent précédée d'aucun nodule lupique. Elle débute à la façon du tubercule anatomique par un

petit nodule dur dont le sommet se ramollit, s'ulcère et se papillomatise. La lésion s'étend excentriquement par la périphérie, par la zone pustuleuse qui végète. Le plus souvent il se développe autour d'elle des plaques secondaires, qui se réunissent à la place primitive. Arrivée à un certain point, ou bien la plaque verruqueuse reste stationnaire, ou bien le plus souvent, et c'est là la caractéristique de son évolution, se manifeste en son centre un processus cicatriciel qui s'étend progressivement. La cicatrice est mince, unie, blanche, parfois très vasculaire. Ou bien la cicatrisation spontanée envahit toute la lésion, cas relativement rare, et en amène la guérison ; ou bien la lésion continue à s'étendre par la périphérie, en totalité : forme annulaire ; en partie : formes serpigneuses, circinées. La plaque verruqueuse se trouve ainsi modifiée dans son aspect : ses contours sont des plus variables, il existe une cicatrice plus ou moins grande, mais il y a toujours des points papillomateux typiques. Cette marche locale est essentiellement chronique et procède par poussées intermittentes, avec des récides fréquentes.

d) Les symptômes fonctionnels, sauf aux doigts ou à la main, sont à peu près nuls.

e) Les phénomènes subjectifs consistent simplement en une douleur à la pression qui peut être assez vive.

f) La plaque verruqueuse peut siéger sur la peau et sur les muqueuses dermo-papillaires.

Sur la peau, son siège de prédilection est sur les parties découvertes, sur la face dorsale des mains et des doigts, des pieds et des orteils ; mais il n'est pas de point où elle n'ait été signalée, la topographie régio-

nale de l'inoculation tuberculeuse ne saurait donc à elle seule pouvoir expliquer la forme verruqueuse.

Sur les muqueuses dermo-papillaires, elle a été notée sur les muqueuses bucco-linguale, vulvo-vaginale, ano-rectale.

II. — Les formes cliniques de la tuberculose verruqueuse sont les affections où l'on retrouve la plaque verruqueuse comme aspect cutané objectif. Il y a lieu de considérer comme dans l'étiologie :

1^o Des tuberculoses verruqueuses d'inoculation exogène primitive. Ce sont les plus intéressantes et celles que dans tout le cours de cette étude nous avons surtout en vue; elles comprennent tout le groupe des tuberculoses verruqueuses inoculées accidentelles : le tubercule anatomique, le lupus scléreux de Vidal, en partie, la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf. L'identification de ces formes a été faite depuis longtemps. La plaque verruqueuse s'y retrouve typique comme aspect et évolution locale; mais, selon nous, ainsi que nous le démontrerons, la plupart des auteurs ont eu le tort, tout en mentionnant la possibilité de complications lymphatiques et viscérales, de considérer cette tuberculose verruqueuse primitive comme bénigne et purement locale, alors que le plus souvent elle comporte un pronostic grave par suite des généralisations fréquentes;

2^o Des tuberculoses d'auto-inoculations secondaires qui tirent leurs caractères particuliers des conditions étiologiques dans lesquelles elles se développent : secondaires à des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds, à des lupus éléphantiasiques, à des rou-

geoles, à de la tuberculose pulmonaire. Dans ce dernier cas, il est souvent facile de leur reconnaître avec Besnier une évolution plus rapide, une tendance ulcéreuse avec tous les intermédiaires jusqu'à l'ulcération tuberculeuse vraie.

III. — La plaque verruqueuse dans ses différentes formes se trouvant le plus souvent en coexistence avec d'autres manifestations cutanées nettement tuberculeuses, qui souvent lui sont secondaires, gommès, ulcérations, lupus, *lichen scrofulosorum*, il est naturel de songer à leur attribuer cliniquement la même nature tuberculeuse.

Les rapports sont des plus intimes entre la tuberculose verruqueuse et le lupus. Ces deux affections sont susceptibles de se transformer réciproquement l'une en l'autre, aussi cliniquement la tuberculose verruqueuse est-elle un lupus, et dans le sens le plus général où se trouve actuellement employée cette dénomination elle comprend toutes les formes de celui-ci, qui s'accompagnent de végétations papillaires avec proliférations épidermiques.

Les formes verruqueuses inoculées primitives n'en sont plus qu'une variété que caractérisent leur étiologie, leur aspect avec évolution locale spéciale à tendance cicatricielle, leur pronostic grave par suite de la fréquence des complications lymphatiques et viscérales.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

INFECTIONS SECONDAIRES LYMPHATIQUES ET VISCÉRALES

Quel est le pronostic de la tuberculose verruqueuse ? Nous avons déjà dit que tout l'intérêt de cette étude était porté sur les tuberculoses verruqueuses d'inoculation exogène primitive. Ce chapitre plus que tout autre nous le démontrera. En effet, la tuberculose verruqueuse dans ces cas va-t-elle évoluer, ainsi que le veulent Riehl et Paltauf, comme une maladie essentiellement locale, ou, au contraire, va-t-elle s'accompagner d'infections secondaires ? Dans le premier cas, c'est en faire une lésion cutanée bénigne, dans l'autre, c'est en faire une affection sérieuse, origine d'une maladie générale des plus graves.

Voyons ce que sont les faits, et quelles conclusions l'on peut tirer de leur interprétation ? L'étude des observations publiées par les auteurs montre que toute plaque de tuberculose verruqueuse, quelle qu'en soit l'origine, quelle qu'en soit la forme clinique, est susceptible de donner des propagations lymphatiques. La plaque verruqueuse est une lésion où colonise le bacille de Koch : si celui-ci peut y rester cantonné, il peut aussi, suivant la voie lymphatique, l'inoculer de

proche en proche d'une façon plus ou moins généralisée sous la forme de lymphangites et d'adénites spécifiques, et enfin donner une infection tuberculeuse viscérale. Dans d'autres cas le bacille de Koch suivant la voie veineuse peut essaimer par embolies bacillaires et donner ainsi une généralisation secondaire de la tuberculose.

Dans les cas d'*auto-inoculation* secondaire chez des *tuberculeux pulmonaires*, les propagations lymphatiques ne sont à vrai dire qu'un épiphénomène accessoire sans grande importance. Toutefois c'est un processus de dissémination de foyers tuberculeux qui contribuent à entretenir la tuberculose en activité.

Dans les cas d'*auto-inoculation* secondaire à des *lésions tuberculeuses profondes*, osseuses surtout, souvent latentes, l'apparition d'une plaque de tuberculose verruqueuse n'est peut-être pas une manifestation négligeable pour le pronostic. Au point de vue purement local, l'on peut bien, avec Adenot, remarquer que la forme cutanée verruqueuse se développe dans les tuberculoses osseuses qui ont le plus de tendance à la guérison. Mais, au point de vue général, l'on peut craindre que la plaque verruqueuse ne favorise et ne précipite la généralisation de l'infection tuberculeuse. Elle semble, en effet, s'accompagner plus volontiers de propagations lymphatiques que les lésions osseuses qui lui ont donné naissance.

Dans les cas de *tuberculose verruqueuse inoculée primitive*, c'est-à-dire de ce groupe d'affections identiques ou très voisines, tubercule anatomique, lupus scléreux de Vidal et Leloir, tuberculose verru-

queuse de Riehl et Paltauf, que nous avons maintenues à part, cette propagation lymphatique acquiert la plus haute importance. Nous avons montré au chapitre de l'étiologie tout l'intérêt de ces tuberculoses verruqueuses, démontrant l'inoculation directe de la tuberculose à la peau. Nous ne nous occuperons ici que de la généralisation de cette infection. Le sujet était antérieurement indemne de toute tuberculose, il s'en trouve désormais infecté localement, comme l'est au début le syphilitique par son chancre. Celui-ci, fatalement et d'une façon précoce, va donner une infection lymphatique et généralisée. Le tubercule anatomique lui aussi a cette même tendance à la propagation de son infection spécifique, mais elle est moins constante et, elle est à des échéances des plus variables. La généralisation n'est toutefois pas absolument fatale, le bacille de Koch pouvant être arrêté dans les lymphatiques ou les ganglions. Mais elle est toujours susceptible de se produire avec toute la gravité pronostique qu'elle comporte.

Les propagations lymphatiques et les généralisations viscérales sont des plus fréquentes au cours de la tuberculose verruqueuse, et par suite le pronostic de celle-ci est toujours très sérieux, tels sont les points que nous voudrions voir universellement admis. La nécessité d'une thérapeutique aussi précoce que rapide et radicale s'en déduit.

Ce n'est pas là, en effet, l'impression que l'on retire de la plupart des traités classiques. Il s'en dégage, au contraire, que le plus souvent le tubercule anatomique, même si l'auteur admet qu'il est toujours de nature bacillaire, que la tuberculose verruqueuse, sont des

tuberculoses essentiellement locales et bénignes avec guérison spontanée très fréquente. Si, à la suite des protestations de quelques auteurs, de la publication de propagations lymphatiques ou de généralisations viscérales, la possibilité d'infections secondaires plus ou moins graves se trouve signalée, leur existence n'en reste pas moins considérée comme rare. Réagir contre cette opinion, montrer la fréquence de cette gravité de la tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive créant la porte d'entrée d'une tuberculose viscérale chez l'homme, est, nous le répétons, l'idée principale, l'intérêt vraiment pratique qui a motivé ce travail. Nous voyons en effet de trop nombreux auteurs croire à la bénignité presque constante du tubercule anatomique et de la tuberculose verruqueuse, simples bobos disgracieux, pourrait-on dire, et ne faire contre ces affections que des traitements trop anodins.

Vidal, en 1883, ne mentionne pas de complications lymphatiques pour son *lupus scléreux*. S'il note sa fréquence chez des lymphatiques, il ne le met pas en cause pour expliquer des tuberculoses viscérales concomitantes.

Riehl fait de la bénignité de l'affection, de l'absence absolue de généralisation une des caractéristiques de sa tuberculose verruqueuse ; une seule fois il a vu survenir un engorgement ganglionnaire, et ce, à la suite du traitement local. Nous avons vu tout le retentissement qu'eut le mémoire de Riehl, beaucoup d'auteurs en conservèrent cette impression de non-gravité et l'accréditèrent.

Quelques théories de pathologie générale, recon-

nues bientôt fausses, semblaient même en faire quelque chose d'heureux, une sorte de vaccination tuberculeuse. Marfan, 1886, publie une étude sur l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la phtisie pulmonaire. Pour lui, toute tuberculose locale est à la grande tuberculose ce que la vaccine est à la variole. Aussi, toujours, quelle que soit la manifestation locale, la tuberculose est une maladie *totius substantiæ*. Or, un tubercule anatomique, une tuberculose verruqueuse, tuberculosés locaux, atténués, peuvent guérir et cette guérison donne l'immunité pour la tuberculose grave. Le tubercule anatomique, s'accompagnant souvent de régression avec des trêves plus ou moins prolongées pouvant être prises pour des guérisons, devait nécessairement, dans cette conception, être considéré comme bénin. Trop de faits s'élevaient contre cette théorie pour qu'elle fût longtemps admise, et, quelques années plus tard, Peruguier, 1891, les rapportant avec les objections des différents auteurs, pouvait victorieusement combattre dans sa thèse « la prétendue immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale ». Toutefois, en 1888, au Congrès de la tuberculose, rapportant son auto-observation de tubercule anatomique, datant de six ans, et constatant que, pas plus que Verneuil, Maisonneuve et un malade Verchère, il n'a présenté de symptômes de tuberculose, Torkomian se demande « est-ce qu'une tuberculose locale, dûment guérie, est un obstacle à une tuberculisation ultérieure comme le soutenait M. le Dr Marfan en 1886, ou bien faut-il admettre avec M. le Dr Pollosson, 1887, que si quelques tubercules

anatomiques sont nettement tuberculeux, il faut affirmer que tous ne le sont pas » ?

A. Pollosson, l'année précédente, avait publié les résultats de quatre examens histologiques de tubercules anatomiques, datant de près de cinq ans. Tous les sujets qui en étaient porteurs se trouvaient en excellente santé. Sur les coupes il n'avait rencontré aucune lésion caractéristique de la tuberculose, ni bacilles ; aussi, en concluait-il qu'il y a des tubercules non tuberculeux, qui, par suite, sont sans gravité. Cette opinion sera reprise par Broca, 1889-97, Hallopeau, 1893-96, pour qui il est des tubercules non bacillaires. Lorsque ceux-ci le sont, ils constituent une affection éminemment locale et bénigne. Ces auteurs sont loin de méconnaître les propagations lymphatiques ou les généralisations viscérales, mais ils les croient très rares. « Dans sa forme banale, le tubercule anatomique est une lésion bénigne. Il ne s'étend qu'avec une extrême lenteur ; les ganglions ne s'engorgent pas et l'état général reste excellent. » Broca, *in* Duplay et Reclus, 1897. « C'est généralement une affection bénigne malgré sa durée souvent fort longue et sans retentissement ganglionnaire ; il peut cependant devenir le point de départ d'une lymphangite gommeuse ascendante. » Hallopeau et Leredde, 1900.

Barthélemy, en préconisant son traitement par les pointes de feu fines et serrées, conclut à la bénignité du tubercule professionnel. Il n'a jamais observé, dit-il, de généralisation spontanée ou consécutive au traitement. Angibaud, 1891, qui fait une excellente étude de la tuberculose verruqueuse, n'en voit cependant

pas toute la gravité : « mais, en somme, on peut dire que la tuberculose verruqueuse de la peau est le plus souvent une affection bénigne ayant peu de tendance à s'étendre soit en surface, soit en profondeur, peu de tendance à se généraliser ». Besnier et Doyon, dans leurs annotations à Kaposi remarquent qu'« accidentellement la tuberculose verruqueuse est le siège de poussées de dermite lymphangitique, quelquefois très graves, et le point de départ de lymphangites gommeuses tuberculeuses, ainsi que cela se produit ou se peut produire dans toutes les formes de tuberculose externe, surtout à l'extrémité des membres ». Knickenberg, 1894, rapporte que, dans ses dix-sept cas de tuberculose verruqueuse il n'a jamais vu de propagation lymphatique, mais qu'il en conçoit très bien la possibilité et qu'il n'y a pas là une différence absolue, ainsi que le veut Finger, avec le tubercule anatomique, donnant des infections secondaires.

Barthélemy, en 1899, n'est pas revenu de son impression première, 1889, et, à propos d'un cas de tuberculose verruqueuse avec généralisation pulmonaire présentée par Danlos, il rappelle : qu'il n'a jamais vu de généralisation, que le tubercule anatomique est une affection bénigne. De même, Besnier croit les propagations exceptionnelles. C'est aussi l'opinion de Neisser, 1902, à propos d'un cas de Chotzen. De même, Schultz, 1903, d'après ses observations personnelles et celles de Fabry croit à l'absence générale de propagations lymphatiques et générales secondaires. Faure, dans l'article tuberculoses cutanées, du traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet,

écrit que « l'infection lymphatique et la généralisation sont exceptionnelles ».

En somme, nombre d'auteurs en sont restés à la conception de Riehl et Paltauf, et considèrent la tuberculose verruqueuse comme essentiellement locale et bénigne mentionnant, à titre d'exception, les propagations et la généralisation de l'infection tuberculeuse ; tout au plus tentent-ils de hiérarchiser différentes formes dans ce groupe des tuberculoses inoculées verruqueuses, accordant une gravité un peu plus grande au tubercule anatomique (Batut). Mais cliniquement et histologiquement toutes les formes verruqueuses inoculées primitives sont identiques, il n'y a pas lieu de les séparer ; toutes comportent un pronostic également sérieux et grave. En effet, elles sont loin, malheureusement, de rester toujours locales, elles deviennent très fréquemment le point de départ d'infections secondaires qui peuvent s'étendre à une plus ou moins grande distance, pouvant donner une généralisation viscérale parfois mortelle. Les cas en sont si nombreux et si démonstratifs qu'ils entraînent la conviction de la gravité du tubercule anatomique ou de la tuberculose verruqueuse.

Nous avons déjà parlé antérieurement d'une façon suffisante des craintes de Morton, Valsava, Morgagni, du cas de Laennec pour n'avoir pas à y revenir ici.

Nous avons mentionné le cas de Baumgarten 1875, (homme de soixante ans contractant un tubercule anatomique et mourant plus tard de tuberculose pulmonaire).

Verneuil, en 1884, rapporte le cas d'un interne de

Gassicourt qui se fit en 1867 une piqûre anatomique, lors d'une autopsie d'un tuberculeux pulmonaire. Elle fut suivie d'un tubercule anatomique, puis d'une tuberculose généralisée en 1881.

Verchère, 1884, dans sa thèse « des portes d'entrée de la tuberculose » incriminait déjà le tubercule anatomique, apportant une observation probante, tout en notant la tuberculose dans les antécédents héréditaires de son malade.

Martin du Magny, 1885, étudiant « l'inoculation tuberculeuse chez l'homme » donne au tubercule anatomique un pronostic grave, à cause de la généralisation tuberculeuse possible. Il apporte une observation intéressante de tuberculose du doigt par inoculation, avec tuberculose ascendante de la main, de l'avant-bras, du bras et tuberculose pulmonaire terminale.

Karg, 1885, rapporte un cas de lymphangite tuberculo-gommeuse, puis d'infection pulmonaire consécutive à un tubercule anatomique. Merklen, 1885, a propos d'une revue analytique sur le tubercule anatomique qu'il identifie à la tuberculose verruqueuse, ne veut admettre la bénignité donnée par Riehl, il fait des réserves, craint des lymphangites secondaires et l'infection générale. Il se base sur une observation personnelle pour laquelle il conclut ainsi que nous l'avons vu précédemment : « que cette femme s'est inoculée le virus tuberculeux par des écorchures des doigts, que ce virus après avoir laissé des stigmates de son passage sous forme de tubercule anatomique a infecté les lymphatiques des membres supérieurs, qu'actuellement les poumons sont le siège de lésions tuberculeuses com-

mençantes consécutives aux manifestations périphériques et externes de la maladie ».

Leloir, en 1886, publie un cas de *lupus verruqueux* de la main gauche avec : lymphangite tuberculeuse consécutive gagnant de la périphérie vers la racine du membre ; gommes scrofulo-tuberculeuses développées le long du trajet des lymphatiques tuberculeux ; engorgement des ganglions épitrochléens et ensuite des ganglions axillaires, puis des ganglions sus-claviculaires, finalement tuberculisation du poumon gauche correspondant au membre atteint. Lefèvre, 1888, rapporte dans sa thèse une observation inédite de Jeanselme avec des ganglions épitrochléens et axillaires. Morel Lavallée, observe une série de nodosités dont quelques-unes fluctuantes et des ganglions axillaires à la suite d'une tuberculose verruqueuse du dos de la main. Son malade présentant dans la suite des hémoptysies, il fait un pronostic sérieux de la tuberculose verruqueuse et cutanée en général. « Il y a dans la terminaison de la tuberculose cutanée de grandes variétés que l'on retrouve encore dans la manière dont se produisent la généralisation et l'infection ; celle-ci peut se faire par irruption rapide et dissémination du virus tuberculeux dans le sang ou par formation de foyers secondaires à distance du point infectant (abcès froids, arthropathies) ou encore par une marche lentement progressive et par étapes de l'infection tuberculeuse. La bénignité admise par Riehl de la tuberculose cutanée verruqueuse n'est pas confirmée par les observations ultérieures. »

Dubreuilh et Auché, 1890, publient un cas de tuber-

culose verruqueuse de l'auriculaire droit avec une série de petits nodules échelonnés sur la face dorsale du métacarpe et sur la face antérieure de l'avant-bras, suivant une double série linéaire cubitale et radiale, avec une tumeur gommeuse de la face interne du bras ; des ganglions axillaires et une légère atteinte du sommet du poumon. Pour ces auteurs les propagations lymphatiques sont très fréquentes « elles peuvent manquer quelquefois mais presque toujours on trouve au moins l'adénite qui est la première halte du virus dans sa marche envahissante. L'envahissement tuberculeux va plus loin, ce sont les sommets du poumon qui sont pris ; mais on a rarement l'occasion d'observer l'évolution complète, les malades qu'on voit assez tôt sont opérés avant l'envahissement des poumons, et lorsqu'on trouve les poumons déjà pris on n'a pas la certitude absolue que la lésion pulmonaire est consécutive à la lésion cutanée ».

Tardivel, en 1890, consacre sa thèse à l'étude de la tuberculose d'origine cutanée et conclut que « la tuberculose est une maladie parasitaire dont, dans certains cas, la localisation primitive est la peau ». Il apporte deux observations personnelles de mort par tuberculose pulmonaire consécutive à des tubercules anatomiques.

En 1891, Lejars fait une étude très complète de la lymphangite tuberculeuse. Il rappelle un cas de Bazin, en 1870, où un placard d'hypertrophie papillaire du dos de la main s'accompagna de petits foyers nodulaires dont quelques-uns s'exulcérèrent ; un moulage déposé par Besnier en 1881 au musée Saint-Louis où une

tuberculose verruqueuse du dos de la main coïncide avec une série de tuberculo-gommes du membre supérieur correspondant. Il constate que « la lymphangite par inoculation, la lymphangite primitive comme nous l'avons dénommée, ne va pas ordinairement sans une lésion cutanée locale de même nature qui paraît être la première. C'est à une date plus ou moins éloignée que les lymphatiques efférents se prennent. Dans la majorité des cas il s'agit de tuberculose verruqueuse ». Il fait aussi remarquer la fréquence des tuberculoses pulmonaires consécutives à ces propagations lymphatiques.

Leloir, en 1892, n'insiste que peu sur les complications lymphatiques du lupus scléreux et de la tuberculose verruqueuse. Quant au tubercule anatomique, forme histologique à peu près identique : « on l'a vu, dit-il, donner lieu à des foyers d'infection tuberculeuse secondaire, le long des lymphatiques et des ganglions de l'avant-bras, du bras et de l'aisselle. Une tuberculose viscérale mortelle peut en résulter ». Il rappelle l'observation précitée, qu'il a rapportée en 1886 et relate en outre un cas de lupus scléreux chez un équarrisseur avec lymphangite tuberculo-gommeuse. Toutefois, il ne semble pas considérer ces formes comme s'accompagnant plus fréquemment de propagations lymphatiques et de tuberculoses viscérales que les autres tuberculoses cutanées, que le lupus.

Tout au contraire, Du Castel, dans son ouvrage des tuberculoses cutanées, est frappé de la gravité des tuberculoses verruqueuses d'inoculation exogène pri-

mitive par suite de leur généralisation : « L'infection secondaire ne se produit pas avec une égale fréquence à la suite des différentes espèces de tuberculoses cutanées ; elle semble, relativement au nombre des observations, beaucoup plus facile à la suite des tuberculoses inoculées accidentellement..... ; l'infection secondaire est fréquente à la suite de l'inoculation tuberculeuse. Chez un certain nombre de malades, des tuberculoses viscérales se sont développées, qui semblent bien dues à une infection secondaire. » Il le démontre par des observations personnelles et par celles des auteurs antérieurs.

Etienne (1894) constate qu'en dépit des affirmations de Riehl et Paltauf, le pronostic de la tuberculose verruqueuse est sérieux, que les propagations lymphatiques sont fréquentes ; dans l'un de ses cas, il y avait des gommes lymphatiques secondaires. De même, Eve (1894) considère l'infection lymphatique tuberculeuse presque fatale dans les tuberculoses verruqueuses d'inoculation primitive et en rapporte quatre cas. Dans un des cas de tuberculose verruqueuse de Batut (1894) datant de six ans, il y a coexistence d'une infiltration du sommet du poumon correspondant tout à fait au début. La porte d'entrée de cette tuberculose viscérale semble bien avoir été le tubercule anatomique.

Orlandi (1894) observe une tuberculose verruqueuse du pied donnant un ganglion dans l'aîne.

M. le professeur Gaucher, dans ses leçons de l'hôpital Saint-Antoine (1895) et depuis dans son cours magistral (1906), enseigne pour le tubercule anatomique que « quelquefois même chez des individus

débiles et lymphatiques dont l'organisme présente une prédisposition spéciale au développement de la tuberculose, l'infection au lieu de rester locale se propage aux vaisseaux lymphatiques de l'avant-bras et du bras, envahit les ganglions de l'aisselle et peut déterminer, dans certains cas, une tuberculose viscérale pulmonaire ». Quant à la tuberculose verruqueuse, il la considère bien comme identique au tubercule anatomique, mais néanmoins il en donne une description à part et il semble en admettre une gravité moins grande. « Dans le plus grand nombre des cas, la tuberculose papillomateuse reste une lésion indéfiniment locale et ne s'accompagne pas de généralisation tuberculeuse. » Plusieurs des cas de Robeff d'inoculation primitive s'accompagnent de propagations lymphatiques. Danlos (1899) relate un cas très intéressant de tuberculose verruqueuse du pied avec envahissement ganglionnaire et consécutivement tuberculose pulmonaire à forme aiguë.

Cros (1899), dans sa thèse, étudie la tuberculose viscérale généralisée consécutive aux tuberculoses cutanées d'inoculation, il conclut à sa fréquence dans les tuberculoses verruqueuses. Il rapporte une observation inédite d'Audry d'un placard verruqueux du pied consécutif à une blessure par le sabot d'une mule, ayant été le point de départ de ganglions dans l'aîne et de tuberculose pulmonaire.

Matzenauer (1900) observe un *lupus verruqueux* du bout du pied, duquel part un cordon lymphatique avec, sur sa longueur, quelques tumeurs exulcérées.

Kreibich (1901) mentionne un cas de *lupus verru-*

cosus de l'index de la main droite avec infection des lymphatiques par petits noyaux en série linéaire et tuméfaction des ganglions axillaires.

Chez deux équarrisseurs de Joseph et Trautmann (1902), quoique ces auteurs fassent un bon pronostic de la tuberculose verruqueuse, on relève des propagations lymphatiques. Oppler, lors de la discussion du cas de Chotzen, est en contradiction complète avec Neisser et considère que le tubercule anatomique, la tuberculose verruqueuse se propagent fréquemment par la voie lymphatique.

Audry et Dalous (1903), ainsi que leur élève Bourras (1904), considèrent que le tubercule anatomique est toujours tuberculeux et, partant, d'un pronostic grave; s'ils n'ont pas observé d'infections secondaires chez leurs malades, c'est que ceux-ci ont été vus au début et débarrassés de suite de leurs lésions. Tout malade qui est porteur d'un tubercule anatomique est, pour eux, menacé d'infection bacillaire grave.

Lépine (1903), dans un cas de tuberculose verruqueuse du pied, explique par infection secondaire et généralisation viscérale la tuberculose au début que présente son malade.

Ulmann (1903) observe un autre malade syphilitique qui est porteur d'une tuberculose verruqueuse d'inoculation exogène et qui a, dans la suite, des sommets douteux.

Brocq, dans son récent traité, professe la même opinion que M. le professeur Gaucher; il indique des infections lymphatiques et des généralisations secondaires pour le tubercule anatomique, « *lupus des plus*

virulents » ; mais, d'après Riehl et Paltauf, il donne comme caractère différentiel de la tuberculose verruqueuse et du lupus l'absence totale d'infection générale secondaire consécutive à celle-là.

D'après les observations précitées de Leloir, de Joseph et Trautmann chez des équarrisseurs, on voit que les propagations lymphatiques peuvent exister aussi dans les tuberculoses *d'origine bovine*. La fréquence en est aussi grande; elle se comporte exactement comme les tuberculoses verruqueuses *d'origine humaine*, donnant lieu aux mêmes généralisations. Plus encore que la démonstration de l'inoculation cutanée du bacille bovin à l'homme, cette généralisation est un argument de grande valeur pour la théorie de l'unicité de la tuberculose humaine et des tuberculoses animales. Cette généralisation se trouve démontrée par des faits nombreux.

Pfeiffer cite le cas suivant : Le vétérinaire Moser, de Weimar, se blessa en autopsiant une vache phtisique. Six mois après, une tuberculose cutanée, lupus papillomateux, se développa au niveau de la cicatrice. Deux ans et demi après la blessure, Moser mourait phtisique. Salmon, de même, rapporte le cas d'un boucher qui, blessé dans des circonstances analogues, eut une inoculation tuberculeuse cutanée suivie de lésions ganglionnaires, puis pulmonaires. Le malade de Spronck et Hœfnagel présentait un ganglion épitrochléen et de la tuberculose au début du sommet du poumon correspondant. De même, dans les observations de Ravenel, Tscherning, Law, Jensen, Krause, Jong, Sick, Lassar, Heller, Freytag, on peut retrouver

signalée cette propagation lymphatique avec ou sans généralisation viscérale.

D'après ces documents, l'on voit combien est grande la fréquence des propagations lymphatiques et des généralisations viscérales qui leur sont consécutives ou se font par voie sanguine. Sur nos observations, 9 concernent des tuberculoses verruqueuses d'inoculation primitive dont 5 avec infections secondaires lymphatiques ou pulmonaires. Toute tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive comporte donc par là un pronostic grave. Il faut absolument rejeter les idées défendues par Riehl et Paltauf et par ceux qui font de la bénignité, de l'évolution purement locale, des caractères distinctifs essentiels de la tuberculose verruqueuse. Rien, avons-nous vu, ne permet de différencier de cette forme le lupus scléreux ou le tubercule anatomique : tous sont également susceptibles des mêmes complications lymphatiques et viscérales et, celles-ci se produisent avec une grande fréquence. Ce qui a pu les faire méconnaître, c'est l'époque souvent tardive à laquelle elles apparaissent, et la relation parfois difficile à mettre en évidence qui unit la tuberculose verruqueuse et une infection tuberculeuse viscérale. Voyons, d'abord, comment se traduisent en clinique ces infections secondaires ; nous envisagerons ensuite, quand, et favorisées par quelles conditions, elles peuvent se produire.

Il y a lieu de distinguer les *propagations lymphatiques* et les *généralisations viscérales*, qui peuvent soit leur être secondaires, soit avoir une origine sanguine.

I. — PROPAGATIONS LYMPHATIQUES

La nature tuberculeuse de la plaque verruqueuse d'inoculation primitive, du tubercule anatomique est hors de doute : les recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales la démontrent. Le bacille de Koch, d'abord localisé à son niveau, peut remonter par la voie lymphatique de l'extrémité à la racine du membre. Chemin faisant, il inocule les lymphatiques, les ganglions, ou les deux à la fois.

L'adénite est la complication lymphatique de beaucoup la plus fréquente : elle est presque constante ; nous l'avons trouvée quatre fois sur six, Eve n'a pas craint d'écrire qu'elle est presque fatale. Cette adénite existe le plus souvent en l'absence de toute lymphangite superficielle tronculaire ou nodulaire, et l'on ne perçoit sur le trajet des lymphatiques aucun cordon épaissi et enflammé, aucune rougeur. Pour les tuberculeuses verruqueuses des extrémités, suivant leur siège, les ganglions épitrochléens et axillaires, les ganglions poplités et cruraux, sont respectivement infectés. Toutefois, assez fréquemment, seuls ceux de la racine du membre sont engorgés.

Dans la plupart des cas, et il en était ainsi chez nos malades, l'on a des ganglions plutôt durs, assez volumineux, non douloureux, s'isolant bien, sans périadénite. Une fois apparus, ils persistent très longtemps stationnaires, avec de temps en temps de petites poussées subaiguës, avec augmentation de volume. Dans d'autres cas, les ganglions sont le siège d'une tuméfaction progressive, ils s'empâtent, ils arrivent à former

de volumineuses tumeurs à centre caséifié. Il se constitue un véritable abcès froid, la peau s'ulcère, le pus s'évacue, il persiste soit une ulcération, soit une fistule, à caractères nettement tuberculeux. L'une et l'autre, à leur tour, peuvent être l'origine d'une tuberculose cutanée, lupus vulgaire ou même tuberculose verruqueuse d'auto-inoculation.

L'époque d'apparition de ces adénites est des plus variables, tantôt précoce : un mois, un mois et demi, observation XI, tantôt très tardive. Le traitement de la lésion locale suivant les circonstances favorise leur apparition, nous envisagerons ce point plus loin (observations Riehl, Knickenberg, Schultz, un cas personnel), ou au contraire, leur guérison, fait signalé par nombre d'auteurs et noté dans notre observation V, tuberculose par inoculation primitive et dans notre observation X, tuberculose verruqueuse d'auto-inoculation; les traumatismes sur la plaque verruqueuse peuvent être l'origine de propagations lymphatiques.

Ces adénites sont-elles toujours tuberculeuses? Nous pensons que dans quelques cas l'adénite est secondaire à de l'inflammation banale, surajoutée à la lésion spécifique, cette inflammation étant très facile au niveau des fissures de la plaque verruqueuse. Ceci pourrait expliquer les poussées aiguës et douloureuses d'adénites que l'on peut voir dans certains cas, les rétrocessions complètes et rapides observées par le traitement de la plaque verruqueuse. Au point de vue de l'adénite bacillaire, cette infection banale n'est peut-être pas sans importance, elle prédispose sans doute le ganglion à la localisation du bacille de Koch et, le rend

dans la suite moins apte à jouer son rôle de barrière, de filtre microbien.

La nature bacillaire de l'adénite, dans le plus grand nombre de cas, reste néanmoins hors de doute : cliniquement, l'adénite prend parfois les caractères et l'évolution des gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques. Histologiquement, elle présente des lésions tuberculeuses : cellules géantes et follicules tuberculeux ; bactériologiquement, dans le pus ou dans les coupes de la paroi des bacilles de Koch ont été mis en évidence ; enfin, en inoculation sous-cutanée, elle tuberculise le cobaye. Donc, il en est pour les adénites secondaires à la tuberculose verruqueuse comme pour les adénopathies secondaires au lupus dont elle n'est qu'une forme. On sait que la nature tuberculeuse de celle-ci fut démontrée par Leloir, contrairement à l'opinion de Hébra pour qui toutes ces adénopathies étaient purement inflammatoires et banales.

La *lymphangite tuberculeuse* est loin d'être rare, quoique moins fréquente que l'engorgement ganglionnaire : nous en avons observé trois cas (obs. III, XI, XIII). Les premiers cas de lymphangites tuberculo-gommeuses signalés ont été secondaires à des tuberculoses verruqueuses (lupus papillomateux, suivant les dénominations de l'époque). Nous avons précédemment rappelé que la majorité des cas sur lesquels est établie l'étude de Lejars concerne des tuberculoses verruqueuses. Nous ne voulons pas faire ici l'étude complète de cette lymphangite, ce qui est hors de notre sujet. Nous mentionnerons seulement que nous avons retrouvé dans les observations de

tuberculose verruqueuse, d'inoculation exogène, tous les types décrits, sauf celui lymphangiectasique de Hallopeau et Goupil.

La *lymphangite tronculaire* se manifeste soit avec le type *en cordon moniliforme*, soit avec le type en foyers isolés polynodulaires ou paucinodulaires.

Dans le premier cas, consécutivement à la plaque de tuberculose verruqueuse apparaît, après un temps très variable, un peu au-dessus d'elle, sur le trajet des lymphatiques efférents, un noyau dur, mobile; il peut persister indéfiniment dans cet état comme dans notre observation IV ou, au contraire, augmenter un peu de volume, se ramollir, devenir fluctuant; il soulève alors peu à peu la peau qui s'amincit, devient violacée et finit par s'ulcérer. En même temps que s'achève cette évolution, de proche en proche, en remontant à la racine du membre, se développent de petites nodosités qui ont une évolution semblable à la première. Tous ces noyaux ne sont pas isolés, entre eux est perceptible le tronc lymphatique, épaissi, augmenté de volume, avec souvent une rougeur cutanée indiquant son trajet. En somme, c'est là une lymphangite tuberculo-gommeuse qui gagne progressivement la racine du membre et ce, au membre supérieur suivant en général deux traînées, l'une radiale, l'autre cubitale.

La *forme en foyers isolés* ne diffère de la précédente que par l'absence de cordons lymphatiques, épaissis, reliant les nodosités entre elles. Les formes *polynodulaires* sont des plus fréquentes; elles se trouvent mentionnées dans des observations de Bazin,

Merklen, Morel Lavallée, Karg, Dubreuilh et Auché, Tardivel, Leloir, Du Castel. Une de nos observations en est un bel exemple : « à la suite d'une intervention chirurgicale, pour une tuberculose verruqueuse de la face antérieure du poignet, apparurent sur la face antérieure de l'avant-bras six petits nodules durs, mobiles, immédiatement sous-cutanés, disposés en une série cubitale et en une série radiale, sans lymphangite intermédiaire ». Au point de vue de la topographie de ces nodules, on peut en admettre trois variétés : des nodules intra-dermiques, sous-cutanés ou profonds. Leur volume est des plus variables. Dans un cas de Morel-Lavallée existait une gomme de la grosseur d'une mandarine. Les noyaux sont parfois très peu nombreux, siégeant à une assez grande distance de la lésion primitive (un cas de Tardivel, un cas de Fournier d'auto-inoculation); la lésion a en général, dans ces cas, le type franc de gomme sous-cutanée, de véritables abcès froids. Parfois ces abcès sont extrêmement éloignés de la région primitive et la relation lymphatique n'est pas évidente; tel est le cas de Verneuil avec deux abcès froids dorso-lombaires après un tubercule anatomique du doigt. Lorsque ces lésions secondaires ramollies deviennent ulcérées, elles peuvent, ainsi que nous l'avons indiqué lors de l'étiologie, être l'origine de tuberculose verruqueuse d'auto-inoculation (Jeanselme, Leloir, Lejars, Du Castel).

Lejars, dans ses recherches, avait remarqué que d'une façon générale les ganglions n'étaient pas pris. Toutefois, la concomitance semble se rencontrer le

plus souvent. Il en est ainsi dans nos observations personnelles X et surtout IV, où les premiers nodules lymphatiques et les ganglions sont apparus simultanément. Toutefois, dans une des observations, XIII, qui nous est communiquée par M. Morestin, seuls les troncs lymphatiques sont pris.

La *lymphangite réticulaire* n'est pas rare consécutivement à la tuberculose verruqueuse, si l'on considère qu'elle est l'origine « de lésions tuberculeuses de la peau, telles qu'ulcères, lupus, pourvu que leur mode de distribution paraisse se régler sur le trajet des lymphatiques » Laffite, in *Pratique dermatologique*. A la suite de tuberculose des extrémités, il est assez fréquent de voir survenir consécutivement le long des membres des plaques de tuberculoses cutanées à forme lupique le plus souvent, qui semblent systématisées suivant les voies lymphatiques. C'est aussi l'origine que l'on peut invoquer pour la plaque de tuberculose cutanée présentée sur la face interne du bras d'un de nos malades (obs. X).

II. — GÉNÉRALISATIONS VISCÉRALES

Le bacille de Koch ne reste donc pas cantonné dans la plaque verruqueuse, il envahit la voie lymphatique. Le ganglion lymphatique peut jouer le rôle de barrière, le retenir et empêcher pour un temps plus ou moins long sa généralisation définitive; mais très fréquemment l'infection viscérale, pulmonaire en particulier, est l'aboutissant de cette propagation lymphatique, soit que, par le canal thoracique le bacille de Koch arrive dans la circulation sanguine, soit qu'il y ait une infec-

tion de proche en proche jusqu'au sommet du poumon. Olympitis et Sanchez-Toledo, 1889, étudiant les rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire montrèrent les rapports lymphatiques étroits qui existent entre les ganglions de l'aisselle et le derme pleuro-pulmonaire. Vu la facilité de la propagation de l'infection tuberculeuse par la voie lymphatique de la plèvre aux ganglions de l'aisselle, ils donnèrent l'hypertrophie de ceux-ci comme un excellent signe de tuberculose pulmonaire. Ces auteurs ont donc en vue des adénopathies tuberculeuses de l'aisselle, secondaires à de la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Dans nos cas l'infection emprunte la même voie mais en sens inverse. C'est le poumon qui est infecté par du virus venant de ces ganglions tuberculeux. Des observations de ce mécanisme de généralisation pulmonaire semblent très probantes : telles celles de Merklen 1885, Hanot 1886, Leloir 1886, Dubreuilh et Auché 1890, Tardivel 1891, de Batut 1894, Spronck et Hoefnagel 1902, où la tuberculose pulmonaire débute au sommet du côté correspondant à la tuberculose verruqueuse initiale. Dans notre observation (III), concernant un garçon à la Faculté, il s'agit nettement d'un tubercule anatomique contracté dans les salles de dissection. A-t-il été l'origine de la tuberculose viscérale dont est mort le malade ? Celui-ci était nettement un prédisposé à la tuberculose, pleurésie gauche ancienne, bronchites à répétitions, alcoolisme, mais nous ne voyons survenir de symptômes nets de tuberculose pulmonaire que dix ou douze ans après l'inoculation ;

alors que se sont produites des manifestations cutanées ascendantes, engorgements ganglionnaires épitrochléens et axillaires, lymphangite réticulaire donnant une plaque de tuberculose cutanée. Nous pensons que dans ce cas le tubercule anatomique a vraisemblablement été l'origine de la tuberculose viscérale. Nous ne pouvons affirmer que ce fût par propagation lymphatique immédiate, le côté gauche se trouvant au début plus atteint, alors que la lésion initiale siège à droite. Dans un autre de nos cas, (obs. II), nous assistons, croyons-nous, au début d'une tuberculose du sommet du poumon, du côté correspondant à une adénite épitrochléenne et axillaire, elle-même consécutive à une tuberculose verruqueuse. La tuberculose du sommet est difficile à affirmer, le malade étant un emphysémateux ; toutefois, il se plaint de quelques douleurs à ce niveau, la région est un peu submate par rapport au côté opposé ; le malade tousse plus qu'autrefois, il a un peu maigri depuis cet hiver, il transpire assez facilement. L'on n'entend pas toutefois de craquements.

La réalité de ces généralisations lymphatiques et viscérales secondaires à la tuberculose verruqueuse et, par suite, la gravité du pronostic de cette affection, ne sauraient être mieux démontrées que par notre observation XI. Voici un homme bien portant, sans tare héréditaire, dans de bonnes conditions hygiéniques qui, à la suite d'une morsure par un sujet tuberculeux, contracte une tuberculose verruqueuse de la main. Au bout de moins de deux mois, il a de l'adénite épitrochléenne et axillaire. Dans l'année

qui suit, il fait des abcès tuberculeux multiples, vers l'épaule et la clavicule. Il se met à boire, travaille moins, se trouve plus misérable : il fait de la tuberculose du sommet du poumon. Tous ces accidents se trouvent du côté correspondant à sa tuberculose verruqueuse ; bientôt celle-ci, d'ailleurs, creuse en profondeur et finit par imposer une amputation des deux derniers doigts et de leurs métacarpiens.

La généralisation viscérale ne se fait pas toujours par continuité lymphatique, elle peut aussi se faire par voie veineuse, soit que les capillaires veineux puisent directement le virus tuberculeux au niveau des lésions initiales ou des lésions lymphatiques secondaires, soit que le bacille de Koch soit apporté par la lymphe dans le torrent circulatoire. Cette tuberculisation viscérale chez un certain nombre de malades paraît bien due à une infection secondaire, telles sont les observations de Danlos 1899 ; d'Audry 1899, dans la thèse de Gros, où l'on voit nettement une tuberculose verruqueuse d'inoculation exogène du pied être suivie d'abord d'adénite spécifique et, dans la suite, de tuberculose pulmonaire, la lésion cutanée primitive étant le plus vraisemblablement la porte d'entrée du virus tuberculeux. La plupart des travaux ci dessus signalés de Baumgarten, Verneuil, Verchère, Martin du Magny, Tardivel, Leloir, Du Castel, Etienne, Eve, Gaucher, Lépine, Brocq, Pfeiffer, Salmon, etc..., permettent de retrouver de pareilles généralisations. Nous n'avons pas trouvé d'infections viscérales autres que des tuberculoses pulmonaires, pas de tuberculoses des grandes séreuses comme cela est signalé pour d'autres formes

de tuberculoses inoculées. Toutefois, le malade de notre observation III est mort avec un tubercule du cervelet, mais, ainsi que nous l'avons rappelé, il présentait aussi des lésions pulmonaires.

La tuberculose pulmonaire, secondaire aux tuberculoses verruqueuses, ne présente pas de caractères spéciaux. Cependant, ainsi que l'ont fait remarquer Hallopeau, Barthélemy et Besnier, la tuberculose pulmonaire qui succède à la tuberculose verruqueuse est, en général, d'une évolution très lente. Nous rappellerons la forme, si lente, du malade de P. Marie, que lors de la communication de Dieulafoy, Chantemesse et Widal, Thibierge se demanda si elle n'était pas due à l'*Aspergillus fumigatus*. Souvent l'on a une forme très discrète, larvée pendant longtemps mais qui, à un moment donné peut prendre une forme aiguë et paroxystique et enlever rapidement le malade; parfois la tuberculose peut d'emblée prendre une allure aiguë, il en était ainsi dans le cas de Danlos 1899, et Besnier remarque à son sujet que l'on peut avoir des infections aiguës, suraiguës même. Celles-ci peuvent se voir à la suite de l'inoculation cutanée avec une rapidité telle que l'on a une véritable généralisation miliaire, septicémique tuberculeuse avant même que la lésion cutanée locale ait pris le type papillomateux du tubercule anatomique.

Mais, le plus souvent, c'est après un temps plus ou moins long et d'une façon progressive que se fait l'infection secondaire, en plusieurs temps pour ainsi dire. Les voies lymphatiques sont, en général, d'abord atteintes, mais avec des trêves d'une persistance plus

ou moins grande. Puis se voient la généralisation viscérale, l'infection pulmonaire, qui en est la manifestation la plus fréquente. La tuberculose verruqueuse est donc une maladie qui, au point de vue général comme au point de vue local, a une tendance à progresser par poussées intermittentes.

Quelle est la cause de cette évolution, de cette tendance à la généralisation ? Dans quelques cas, on a pu incriminer un *traumatisme* comme favorisant une *embolie bacillaire*, soit par la *voie lymphatique*, soit par la *voie veineuse*. Nous avons rappelé que des propagations lymphatiques peuvent se voir à la suite du traitement; de même, Cros pense que peut-être le traumatisme chirurgical peut jouer un rôle dans les généralisations viscérales en mobilisant le bacille et en favorisant sa pénétration dans les veines. On sait que pendant longtemps les chirurgiens se sont refusés à intervenir avec le *bistouri* dans les tuberculoses locales chirurgicales, par crainte des généralisations viscérales. En ce qui concerne la tuberculose verruqueuse, c'est un argument que l'on peut invoquer, de même que dans le lupus, contre les scarifications, contre le grattage qui ouvrent largement les voies lymphatiques et veineuses; mais il ne saurait en être de même contre l'excision chirurgicale; ici, l'on peut se mettre à peu près complètement à l'abri de cette complication si, comme nous le verrons, l'on excise largement les lésions en dehors de la limite de la zone d'envahissement du bacille tuberculeux, et surtout si l'on use de l'artifice qui fut employé dans deux interventions sur nos malades.

Plus importante que celle du traumatisme nous semble la question du *terrain*. Nous avons insisté à son sujet pour le développement et la persistance du tubercule anatomique ou de la tuberculose verruqueuse. Ce que nous en disions est bien plus vrai encore pour les généralisations. Le plus souvent, nous trouvons dans ces cas une *tare héréditaire*, de la tuberculose chez les ascendants. D'autrefois ce sont des *conditions débilitantes* de l'organisme tout à fait individuelles qu'il faut faire intervenir, l'alcoolisme, la misère, le surmenage sous toutes ses formes. Ceci nous explique bien alors pourquoi un tubercule anatomique, une tuberculose verruqueuse peuvent évoluer pendant longtemps à l'état de lésion locale et même finir par disparaître spontanément. C'est que, du fait d'une bonne santé, la peau se trouve alors un mauvais milieu de culture. Le bacille de Koch attaqué par tous les moyens de défense dont dispose l'organisme est enkysté dans une lésion locale, sa virulence est très affaiblie et atténuée. Il peut même être totalement vaincu dans cette lutte, phagocyté et étouffé dans le tissu de cicatrisation ; c'est la guérison. Il en est ici comme au niveau du poumon, où quantités de tuberculoses se développent et guérissent spontanément, ne laissant comme trace de leur passage que des cicatrices au sommet, trouvées lors des autopsies. Mais souvent la lésion n'est pas éteinte complètement, quelques bacilles peuvent persister dans la cicatrice : que les conditions de terrain changent, la lésion récidive et constitue une nouvelle réserve de bacilles de Koch. La lutte va recommencer, si l'organisme n'a pas une résistance suffisante pour arrêter l'extension de

l'infection, si les ganglions, lésés, ne peuvent détruire les bacilles lors de leur passage, la voie lymphatique se trouve prise ; les ganglions joueront bien leur rôle de barrière, c'est un nouveau temps d'arrêt, mais facilement la tuberculose va désormais se généraliser. C'est à cause de cette marche, qu'il est classique de comparer le tubercule anatomique « chancre tuberculeux » à l'accident primitif de la syphilis ; les deux affections envahissant la voie lymphatique et donnant une généralisation de l'infection.

Les complications ne sont donc pas absolument fatales et c'est ainsi que l'on a vu des cas évoluer sans propagation lymphatique depuis 20 ans, Finger, 15 ans, Riehl et Paltauf, 12 et 15 ans, Barthélemy, Besnier, nous-mêmes ; mais il ne faut pas considérer les propagations et généralisations comme exceptionnelles. S'il est légitime cliniquement d'après la marche de considérer deux formes de tuberculoses verruqueuse :

L'une bénigne, d'évolution purement locale, sans complications lymphatiques ;

L'autre virulente avec propagations lymphatiques et généralisations viscérales.

Nous ne sommes pas en droit de considérer une tuberculose verruqueuse comme bénigne, car nous ne savons jamais si par des modifications de terrain ou d'autres causes qui nous échappent, la forme virulente ne remplacera pas la forme torpide. Telle tuberculose verruqueuse, qui jusqu'ici est restée torpide, peut voir sa virulence se réveiller et donner des généralisations. Tout tubercule anatomique est tuberculeux,

ainsi qu'en font foi, comme nous le verrons, les examens histologiques ; aussi pouvons-nous conclure que le *pronostic de la tuberculose verruqueuse est toujours sérieux*, car tout individu qui en est porteur est sous la menace d'une généralisation secondaire. De fait celle-ci est fréquente.

III. — CONCLUSIONS

I. — La plaque verruqueuse considérée dans son évolution locale est bénigne, elle a une tendance à la régression, elle n'entraîne le plus souvent ni troubles fonctionnels ni mutilation, toutefois elle récidive le plus souvent, en dehors du traitement chirurgical ;

II. — Mais le pronostic général est toujours sérieux et grave quand il s'agit de tuberculose verruqueuse d'inoculation exogène primitive. Toute plaque verruqueuse, tout tubercule anatomique est susceptible de donner des propagations lymphatiques et d'être le point de départ de généralisations viscérales. Celles-ci sont fréquentes et l'on n'est jamais en droit d'affirmer qu'une tuberculose verruqueuse, même torpide depuis de longues années, ne verra pas sa virulence se réveiller à un moment, et ne donnera pas une infection tuberculeuse secondaire généralisée. La division clinique des formes verruqueuses inoculées suivant la marche en : formes torpides à évolution locale et formes virulentes à infections secondaires est donc tout à fait schématique, et il n'y a pas lieu de se baser sur ce caractère pour différencier des variétés.

III.— Les propagations lymphatiques secondaires intéressent la voie lymphatique éfferente de la plaque verruqueuse dans ses troncs et dans ses ganglions sous forme de lymphangites tronculaires ou réticulaires et surtout d'adénites. Celles-ci peuvent être considérées comme presque fatales.

IV.— Les généralisations viscérales, pulmonaires les plus fréquentes, peuvent se faire par continuité par la voie lymphatique ; mais souvent aussi le bacille de Koch est apporté par la voie sanguine, puisé dans la plaque primitive par les lymphatiques ou les veines.

La tuberculose pulmonaire consécutive à ces tuberculoses verruqueuses a en général une évolution lente mais des formes aiguës et suraiguës peuvent se voir, dans ces cas la généralisation est due à la voie sanguine en général.

La question du terrain est de toute importance, croyons-nous, pour expliquer les généralisations et la marche aiguë qu'elles peuvent affecter dans certains cas.

V. — En conclusion tout individu porteur d'une plaque verruqueuse d'inoculation primitive est sous la menace d'une généralisation viscérale, d'une septicémie bacillaire, aussi faut-il le débarrasser d'une façon précoce, radicale et complète de son foyer de tuberculose, alors qu'il est encore local.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — BACTÉRIOLOGIE

Les recherches histologiques et bactériologiques démontrent la nature tuberculeuse du lupus scléreux, de la tuberculose verruqueuse, du tubercule anatomique et de tous les types de tuberculose cutanée papillomateuse que nous avons admis. Elles légitiment la description de toutes ces affections dans une même étude et sous une même dénomination de tuberculose verruqueuse.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Riehl et Paltauf, 1886, dans leur mémoire donnèrent une étude histologique très complète de leurs cas et fixèrent les lésions qui, pour eux, caractérisent la tuberculose verruqueuse. Nous avons précédemment montré comment, étiologiquement et cliniquement, le cadre de cette affection s'était agrandi; la formule histologique s'est de même un peu modifiée. Les examens histologiques publiés sont nombreux; souvent ils donnent des caractères assez différents. Nous nous sommes basé sur leur ensemble pour une conception histologique générale de la tuberculose verruqueuse, nous reportant plus particulièrement aux travaux de

Baumgarten, Cornil et Ranvier, Vidal, Riehl et Paltauf, Karg, Raymond, Pollosson, Morrow, Finger, Reverdin et Mayor, Morel-Lavallée, Leloir, Elliot, Dubreuilh et Auché, Hahn, Darier, Fordyce, Brugger, Batut, Étienne, Heyse, Knickenberg, Rosenthal, Moschini, Fabry, Schultz, Dainville, Dalous et Audry, Lenglet, Graham Little, etc. De leur étude minutieuse, nous avons retiré l'impression, qu'il est impossible de donner une formule histologique absolue de la tuberculose verruqueuse, pas plus que cela n'avait été possible étiologiquement ou cliniquement. *Pour nous, la tuberculose verruqueuse doit comprendre toute tuberculose cutanée typique, où le processus tuberculeux s'accompagne de papillomatose.* C'est essentiellement une lésion caractérisée par une hypertrophie des papilles, avec présence à leur niveau de formations tuberculeuses, et par une prolifération intense du corps muqueux de Malpighi, surtout interpapillaire. Pour nous, tous les autres caractères sont accessoires; ils acquièrent une importance certaine du fait de leur fréquence, mais ils sont néanmoins sujets aux plus grandes variations, et il peuvent même être absents. Tels sont l'hyperkératose, le processus suppuratif, le processus scléreux, la localisation superficielle exclusive, etc. Nous comptons pouvoir défendre ce point de vue avec une dizaine d'examens de cas personnels de tuberculoses verruqueuses ou lupus papillaires, végétants, mais par insuffisance de temps nous n'avons pu obtenir le résultat de tous nos cas; aussi sera-t-il revenu plus tard sur ce point. Nous ne donnons à la fin de ce travail que quatre examens histologiques dus,

trois à M. le D^r Favre (obs. II, IV, XII), un à M. le D^r Bonnet (obs. X).

Nous n'insisterons pas sur *l'aspect macroscopique* de la coupe des lésions enlevées. Celles-ci sont surtout superficielles, ainsi qu'on le constate cliniquement, mais l'infiltration tuberculeuse s'étend toujours à la fois en largeur et surtout en profondeur : il faut disséquer profondément les lésions pour être sûr de dépasser les limites du mal.

Lésions histologiques.

Si l'on examine des coupes de tuberculose verruqueuse, traitées par les diverses méthodes ordinaires de colorations histologiques de la peau, l'on est frappé : par l'allongement des papilles ; par la prolifération du corps muqueux de Malpighi, tant dans les parties qui les coiffent, que dans celles qui les séparent ; par la localisation des formations tuberculeuses dans le corps papillaire. Le tout donne un aspect végétant papillomateux très net. Ce sont là, en effet, nous le répétons, les seuls caractères essentiels de la tuberculose verruqueuse ; ils sont mentionnés dans tous les travaux précités et pour toutes les observations ; ils créent le lien d'unité de toutes les variétés que nous avons comprises dans cette affection. L'hyperkératose, le processus suppuratif miliaire, la sclérose, la localisation assez superficielle des lésions, sont des plus fréquents, mais ils font parfois défaut.

Voyons en détail quelles sont les lésions essentielles et accessoires de la tuberculose verruqueuse ?

Épiderme. — L'épiderme est le siège d'une *hypertrophie*, qui peut être totale, ou qui porte seulement sur le corps muqueux de Malpighi : de là, la division histologique d'Étienne de la tuberculose verruqueuse, en tuberculose cutanée papillomateuse non cornée et tuberculose cutanée papillaire avec productions cornées, celle-ci s'accompagnant d'hyperkératose. Les *formes cornées* sont les plus fréquentes : les lésions y sont plus typiques, elles portent sur toutes les couches de l'épiderme.

On peut considérer que le *stratum disjunctum* est formé par une desquamation abondante de lamelles d'épiderme corné, reliées entre elles par le pus des abcès miliaires, les sécrétions des fissures inter-papillaires, et les poussières qui s'agglomèrent à sa surface. Il en résulte des formations croûteuses, lamelleuses, qui, dans leur intervalle, montrent de petits abcès.

Le *stratum cornéum* présente une épaisseur exagérée au niveau des excroissances papillomateuses et se compose d'une série de lamelles irrégulières. Au sommet des verrucosités, les lamelles rappellent la disposition observée dans l'ichthyose hystrix (Riehl et Paltauf). Ce processus d'hyperkératose est souvent très marqué : la couche cornée peut atteindre 5, 6 millimètres et même 1 centimètre. Cet épaissement se prolonge souvent dans les espaces interpapillaires et forme quelquefois dans l'intervalle de deux papilles de véritables cônes, bouchons cornés (Dubreuilh et Auché, Darier, Batut, Favre, obs. II), le plus souvent à l'orifice d'un follicule pileux ou d'un canal sudoripare. Quel-

ques cellules des assises cornées les plus profondes ont encore conservé quelques noyaux colorés.

Les *stratum lucidum* et *granulosum* n'avaient été donnés que peu modifiés par Riehl et Paltauf, ce dernier même avait été trouvé absent. Cependant leur hypertrophie est fréquente (Raymond, Dubreuilh et Auché, Leloir, Darier, Favre, obs. II, etc...). La couche granuleuse est épaissie avec des noyaux souvent bien colorables et non déformés ; elle est très riche en éléidine.

Le *stratum filamentosum*, le corps muqueux de Malpighi, est la couche toujours hypertrophiée. Elle végète en dehors sur les papilles, surtout dans les formes non cornées, et en dedans dans les espaces interpapillaires. Là elle forme des colonnes hypertrophiées, allongées, parfois ramifiées, qui pénètrent très profondément et parfois d'une façon irrégulière entre les papilles (obs. II, IV, XII). Elles renferment parfois des globes épidermiques (Leloir, Favre, obs. II). Souvent le bourgeonnement de la couche papillaire et des prolongements épidermiques interpapillaires est tellement prononcé que sur des coupes obliques ou insuffisamment profondes on pourrait prendre toutes ces régions superficielles du lupus pour un épithélium tubulé à cellules pavimenteuses (Leloir, Etienne). Les cellules épineuses d'une façon générale sont bien conservées ; les filaments d'union ne sont pas détruits, mais au contraire plus visibles que normalement par suite de l'écart des cellules (Riehl).

Dans les cas d'inflammation aiguë surajoutée, on trouve le corps muqueux infiltré de très nombreuses petites cellules inflammatoires. Les lésions tubercu-

leuses n'y sont pas en général signalées; toutefois, Etienne (1894) mentionne de nombreux petits nodules tuberculeux disséminés dans la couche de Malpighi et les prolongements interpapillaires.

La *basale* n'est pas altérée, sauf aux points abcédés sous-épidermiques (Riehl et Paltauf).

Derme. — On voit les papilles beaucoup plus allongées que normalement; elles sont hypertrophiées dans tous leurs sens. Elles sont, comme nous venons de le voir, recouvertes souvent d'une épaisse couche cornée dans les formes cornées, d'un corps muqueux à très nombreuses assises dans les formes papillaires nues.

C'est dans ce corps papillaire que siègent principalement les lésions tuberculeuses. Celles-ci peuvent se montrer sous les différentes formes que l'on reconnaît à cette infection. L'*infiltration lymphoïde* diffuse domine souvent dans les papilles et surtout au-dessous, le long des vaisseaux. Par points les cellules embryonnaires se groupent en petits *lupomes* correspondant aux lymphzellen tuberkeln de Baumgarten. Les formations typiques, cellules géantes ou follicules tuberculeux complets, avec cellules géantes, cellules épithélioïdes et infiltration embryonnaire, sont très fréquentes. Elles se groupent en nodules et tubercules.

Le *stratum vasculosum* sous-papillaire est infiltré de cellules lymphoïdes; cette infiltration s'étend en largeur et surtout en épaisseur en suivant les vaisseaux.

Les *glandes sébacées* et les *follicules pileux* sont détruits par l'altération cutanée arrivée à son acmé.

Les *glandes sudoripares*, d'après Riehl et Paltauf, se

montrent intacts, et c'est tout au plus si leurs canaux excréteurs se montrent parfois élargis et si leur épithélium devient corné. Nous ne croyons pas à la réalité de cette superficialité donnée par ces auteurs ; le plus souvent, il existe une *infiltration profonde* périvasculaire sous forme de manchons et traînées cellulaires, et le plus souvent aussi l'on retrouve dans l'hypoderme, jusque près des plans aponévrotiques, des cellules géantes et des follicules tuberculeux. Cela se voit dans nombre de tuberculoses verruqueuses primitives, indépendamment de celles qui sont secondaires à des lupus. Ces lésions des glandes sudoripares et des couches hypodermiques ont été signalées par Raymond, Darier, Batut, Etienne, Heyse, Knickenberg, Fabry. Dans les examens histologiques de nos observations II et IV, tuberculoses verruqueuses primitives typiques, on note cet envahissement profond du derme et de l'hypoderme par des formations tuberculeuses.

Les *vaisseaux* eux-mêmes de la papille et des couhces sous-papillaires ne sont pas indemnes : il y a des lésions d'*endo* et *périartérite* qui peuvent aller jusqu'à l'oblitération (Raymond, Leloir, Audry, Dalous). Il faut donc considérer que la tuberculose verruqueuse est loin d'être aussi superficielle et localisée que ne l'avaient dit Riehl et Paltauf. C'est un fait important à retenir qui montre qu'il n'y a pas du fait de cette localisation une différence essentielle avec le lupus, tuberculose surtout du derme et de l'hypoderme. C'est aussi ce qui explique pourquoi les traitements dermatologiques sont insuffisants à prévenir les récidives.

La présence des formations tuberculeuses, sous leurs divers aspects dans le corps papillaire, dans les parties toutes superficielles du derme est certainement la caractéristique essentielle de la tuberculose, elle ne fait défaut dans aucun cas de tuberculose verruqueuse quelle qu'en soit l'étiologie, quelle qu'en soit le mode d'apparition, primitive ou secondaire à une autre lésion tuberculeuse locale. Un lupus, par exemple, ne prend la forme papillaire ou verruqueuse que lorsque ses lésions ont atteint les couches superficielles du derme. Toutefois, si cette localisation est nécessaire, elle n'est pas suffisante, dans de nombreux cas l'on voit au cours du lupus vulgaire des nodules atteindre par leur développement la couche sous-épidermique et tendre à l'ulcération, sans papillomatose. Il faudra donc rechercher la cause de la papillomatose.

Mais avant, voyons quels sont les autres caractères histologiques de la tuberculose verruqueuse. En dehors de l'allongement des papilles, avec localisation de lésions tuberculeuses à leur niveau, de l'hypertrophie du corps muqueux de Malpighi, deux processus doivent être notés à cause de leur très grande fréquence et de l'importance, toute particulière, que leur attachent les différents auteurs suivant leur conception de la tuberculose verruqueuse : le processus suppuratif et le processus scléreux.

Le *processus de suppuration* est des plus fréquents ; nous l'avons déjà discuté cliniquement. Nous avons vu nombre d'auteurs ne pas admettre le diagnostic tuberculose verruqueuse lorsqu'il manque. Histologiquement, dans le derme, juxta-épidermiques, existent au

voisinage des tubercules des lupomes que nous avons décrits, de petits foyers, formés de cellules inflammatoires, leucocytes plus ou moins altérés, considérés comme de petits abcès miliaires. Ces petits abcès évoluent à la suppuration, perforent la basale et déversent leur contenu dans une fissure interpapillaire. Par des coupes en série et portant sur des points différents, on retrouve l'évolution de ces abcès après ulcération. On voit l'épiderme descendre progressivement sur leur fond, les tapisser, combler leur cavité et proliférer du côté de la profondeur. Par ce processus, la papille dermique se trouve allongée, alors que l'épiderme donne un prolongement interpapillaire. Le plus souvent aussi, il existe de petits abcès intra-épidermiques: dans d'autres cas, la suppuration s'étend du côté de la profondeur tout autour des nodules lupeux dermiques. Dans des formes très inflammatoires tout le corps des papilles et le corps muqueux sont infiltrés de petites cellules inflammatoires.

L'existence de ces abcès est à peu près constante. Ces abcès intra-dermiques et intra-épidermiques ont été retrouvés dans nos trois examens, II, IV et XII. Toutefois, ils peuvent manquer: dans des lésions restées sèches cliniquement, ils ont fait défaut histologiquement. Le fait est important: la suppuration a, en effet, été invoquée comme cause de l'aspect papillomateux que prend la tuberculose dans ces cas. Mais quelle est l'origine de ces abcès? C'est là, encore, un des points les plus discutés et irrésolus, de l'histoire de la tuberculose verruqueuse. Nous rappellerons que pour les uns, les abcès sont dus à une infection banale,

streptocoques, staphylocoques, Riehl et Paltauf, morocoques, Unna, surajoutée, qui se fait de dehors en dedans. Pour d'autres, au contraire, les abcès miliaires sont sous la dépendance des lésions tuberculeuses elles-mêmes, soit par la caséification de petites granulations sous-épidermiques, soit par l'action de toxines pyogènes dues au bacille de Koch. Dans cette dernière hypothèse, la tuberculose verruqueuse rentrerait alors dans le groupe des lupus pustuleux superficiels végétants. La question ne peut être tranchée, mais il y a certainement quelque chose de particulier à la tuberculose verruqueuse. Il semble difficile de pouvoir assimiler complètement un lupus pustuleux à cette affection.

Vidal, Leloir, ont surtout insisté sur la *tendance* toute particulière à la *sclérose* que présentait la tuberculose verruqueuse, (leur lupus scléreux). Ce caractère se retrouve dans nombre d'observations, Darier, Batut, etc. C'est une tendance sclérosante primitive : le nodule lupeux se trouve progressivement envahi par du tissu fibreux. Il est classique de comparer cette évolution de la tuberculose verruqueuse de la peau par rapport au lupus à celle des tuberculoses fibreuses du poumon par rapport à la tuberculose vulgaire de cet organe. Dans la plupart des nodules on voit pénétrer des travées de tissu conjonctif fibreux plus ou moins nombreuses qui le dissocient et finissent par en étouffer les éléments primitifs. Si ce processus devient prédominant, on a le véritable lupus scléreux et papillomateux de Vidal et Leloir. « Parmi les différents nodules, il en existe une quantité

plus ou moins grande qui subissent la transformation fibreuse plus ou moins complète. Sur les coupes, les nodules lupeux sont constitués par des faisceaux de tissu conjonctif disposés en lamelles concentriques. Ces faisceaux sont séparés par quelques cellules embryonnaires. La sclérose débute à la périphérie de l'îlot qu'elle envahit progressivement, le dissociant, en quelque sorte, en lamelles concentriques par des prolongements plus ou moins fins de tissu fibreux. La sclérose augmente, envahit la périphérie de l'îlot qui ne persiste plus à l'état embryonnaire qu'au niveau de son centre et finit même parfois par se transformer en tissu fibreux. » Leloir. La sclérose débute au centre de la lésion en général pour s'étendre excentriquement, elle aboutit à une cicatrice fibreuse mince, unie, mais parfois fort vascularisée.

Ce processus scléreux est très fréquent surtout dans les formes papillo-cornées ; parfois cependant il est absent. Dans les formes papillaires nues il est beaucoup plus rare. Il n'est d'ailleurs pas particulier à la tuberculose verruqueuse, nombre de lupus vulgaires ont une tendance naturelle à la guérison cicatricielle.

Tels sont les caractères histologiques généraux de la tuberculose verruqueuse ; ce qu'il faut surtout retenir c'est la profondeur des lésions, beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement.

Formes histologiques.

L'hyperacanthose, l'allongement des papilles et la présence des formations tuberculeuses à leur niveau

se retrouvent dans toutes les variétés de tuberculose que nous avons comprises sous le nom de tuberculose verruqueuse, tant cutanée, que dermo-papillaire.

L'hyperkératose caractérise les *formes cornées*. C'est surtout dans les tuberculoses inoculées primitives des extrémités qu'elle se montre le plus accentuée, depuis la forme de tubercule anatomique jusqu'à celle des tuberculoses verruqueuses fort développées. Le processus scléreux y est souvent fort accentué avec cicatrice centrale. Quand il est prédominant c'est le *lupus scléreux et papillomateux* de Vidal et Leloir avec « 1° une couche superficielle papillomateuse simulant l'épithélioma et constituée par des productions épidermiques exubérantes ; 2° une couche moyenne de tissu scléreux ; 3° une couche profonde dans laquelle on retrouve des tubercules de lupus avec tous leurs caractères histologiques ». Le détail de ces lésions a été donné plus haut.

L'hyperkératose, l'hyperacanthose, les abcès miliaires intradermiques, la localisation superficielle absolue des lésions tuberculeuses, la végétation papillaire primitive sans ulcération antérieure des tubercules, caractérisent la *tuberculose verruqueuse* de Riehl et Paltauf.

Dans les *formes papillaires nues* les lésions dermiques et papillaires sont les mêmes, mais au niveau de l'épiderme il n'y a qu'une kératinisation modérée ; par contre l'hyperacanthose atteint son maximum donnant une prolifération interpapillaire et dermique intense. Ce sont ces formes papillaires nues qui caractérisent les lupus papillaires de l'anus, de la vulve, du

vagin, c'est-à-dire des muqueuses dermo-papillaires que nous avons vu assimiler par tous les auteurs à la tuberculose verruqueuse de la peau. Dans ces cas, les abcès miliaires font souvent défaut. Dans les cas de tuberculose verruqueuse de la langue, les mêmes caractères d'hyperacanthose et végétation papillaire se retrouvent sans suppuration, avec souvent un processus scléreux assez marqué, Leloir, Darier, Dainville. Une forme intéressante de ces tuberculoses papillaires nues est le *lupus épithéliomatoïde* où l'on retrouve toujours la végétation papillaire avec une hypertrophie notable du corps muqueux de Malpighi. Celle-ci est telle que la prolifération interpapillaire sur les coupes donne l'impression d'épithélioma. La *tuberculose papillomateuse* de P.-O. Morrow donne les mêmes caractères de végétation papillaire contenant des cellules géantes, et d'hyperacanthose sans hyperkératose. Il y avait de petits abcès miliaires.

Il n'y a aucune différence essentielle entre la tuberculose verruqueuse et les lupus papillomateux, papillaires végétants. — C'est là un point très discuté : faut-il séparer la tuberculose verruqueuse et les lupus superficiels végétants et papillomateux ? Les partisans de cette dualité, à la suite de Riehl et Paltauf, se sont efforcés de la légitimer par l'étiologie, la clinique et l'histologie. Nous avons vu que rien, étiologiquement ou cliniquement, ne pouvait séparer la tuberculose verruqueuse du lupus papillomateux. Histologiquement les caractères que nous venons de donner au type Riehl et Paltauf sont-ils absolu-

ment propres à cette forme ? Notons d'abord que dans l'une et l'autre formes de tuberculose cutanée se retrouvent les caractères essentiels d'hypéracanthose, d'allongement des papilles, de localisation superficielle des lésions. Les processus de suppuration, sous forme d'abcès miliaires, de sclérose sont-ils spéciaux ? Une suppuration identique à celle de la tuberculose verruqueuse, avec abcès intradermiques et intraépidermiques, se voit souvent dans les lupus vulgaires qui ont pris secondairement une forme végétante papillaire, papillomateuse, frambœsiforme, (Doutrelepont). Lenglet, à propos des lupus non exédens note : « Dans le lupus diffus, la diapédèse et l'invasion consécutive de l'épiderme par les cellules migratrices sont considérables. Sous cette influence il se produit dans certains lupus ulcéreux de petits abcès miliaires qui s'enchatonnent entre les prolongements épidermiques et qui, parfois, ont un petit orifice par lequel ils se déversent à la surface. Ce fait rappelle en petit ce qui se produit en grand dans la tuberculose verruqueuse ». Donc même en attachant une importance capitale à la présence d'abcès miliaires, on n'en peut faire un signe caractéristique : on la constate dans le lupus papillomateux et même dans le lupus vulgaire.

Il en est de même du processus scléreux ; il se retrouve au niveau de nombreux lupus papillomateux qui n'ont pas cette évolution ulcéreuse qu'on leur accorde. Un des gros arguments de distinction de Riehl et Paltauf est, dans la tuberculose verruqueuse, l'absence de nodules lupiques et le développement primitif des papillomes en même temps que les tubercules

sans qu'il y ait ulcération de ceux-ci. Cette formule ne peut être maintenue ainsi; constamment, cliniquement, aussi bien qu'histologiquement, il y a le mélange le plus intime des lésions de tuberculose verruqueuse, telles que les concevaient Riehl et Paltauf, et de celles du lupus vulgaire. Aussi il n'y a pas de différence histologique entre le lupus papillaire papillomateux et la tuberculose verruqueuse; il suffit de comparer les planches de ces deux formes données par différents auteurs, et surtout par Leloir, Vidal et Leloir, dans leurs atlas, pour s'en convaincre. Il n'est pas possible non plus d'établir, croyons-nous, une distinction d'après l'aspect des formations tuberculeuses ou leur mode de groupement, le nodule lupique typique peut se retrouver dans la tuberculose verruqueuse.

Le tubercule anatomique, est-il, lui aussi une lésion histologiquement tuberculeuse? Quoique depuis longtemps, l'on discute sur sa nature, les examens en sont relativement rares. Tous n'ont pas montré les lésions tuberculeuses typiques. Baumgarten, Cornil et Ranvier n'y ont trouvé qu'une infiltration diffuse, avec cellules épithélioïdes; néanmoins ils le rattachent à la tuberculose. Pollosson n'a pas trouvé dans quatre cas de lésions tuberculeuses; aussi pense-t-il qu'il est des tubercules non bacillaires. Les cas de Riehl et Paltauf, Karg, Raymond, Bowen, Reverdin et Mayor, Leloir et surtout d'Audry et Dalous montrent les lésions de la tuberculose verruqueuse, avec cellules géantes et follicules tuberculeux. Dans notre cas, observation XII, cette nature tuberculeuse est nette. Contrairement à

Pollosson, Broca, Hallopau, nous croyons que tous les tubercules anatomiques sont bacillaires et que si l'on fait des examens histologiques ou bactériologiques assez nombreux l'on peut toujours en démontrer la nature tuberculeuse; c'est aussi l'avis d'Audry et Dalous, 1903.

L'hyperacanthose se trouve des plus nettes, avec des prolongements épidermiques interpapillaires très profonds, l'hyperkératose est en général très marquée. Non seulement dans le corps papillaire, mais encore dans les couches profondes se trouvent des formations tuberculeuses diffuses ou des follicules tuberculeux complets. Il y a des lésions pérисudoripares. Les vaisseaux sont atteints d'endopériartérite (Audry et Dalou). Les abcès miliaires intradermiques et intraépidermiques existent aussi (obs. XII). Histologiquement le tubercule anatomique est donc une tuberculose verruqueuse.

Tous les caractères généraux de cette dernière affection la rapprochent du lupus. Tous deux sont de la tuberculose de la peau avec les mêmes formations tuberculeuses, seulement dans le lupus les lésions occupent tout le derme et l'hypoderme, très confluentes dans ces couches. Au contraire dans les tuberculoses verruqueuses les plus typiques, les lésions tuberculeuses occupent surtout le corps papillaire, mais nous avons montré qu'il y avait toujours une extension profonde de l'infection tuberculeuse. Aussi, *histologiquement, la tuberculose verruqueuse ne doit être considéré que comme une forme de lupus avec papillomatose.*

Spécificité des lésions histologiques.

Le diagnostic de la tuberculose verruqueuse, d'après les coupes, semble donc facile. Si, toute hypertrophie papillaire ou dermo-épidermique, peut rappeler cette affection, les formations tuberculeuses la caractériseront. Toutefois, dans certain cas, il y a de réelles difficultés à éliminer l'épithélioma papillaire, la syphilis, de certaines dermatomycoses.

Épithéliomas papillaires. — Ce sont surtout les formes épithéliomatoïdes de la tuberculose verruqueuse qui peuvent prêter à confusion. La prolifération interpapillaire est telle que sur les coupes, surtout obliques, l'aspect est celui d'un épithélioma, d'autant plus que l'on retrouve des globes épidermiques cornés. La ressemblance est encore accentuée par ce fait que l'épithélioma peut prendre un type papillaire corné. D'autre part, Krause, Unna, Ribbert, Audry (Annales de Dermatologie 1900) ont montré la fréquence des cellules géantes dans l'épithélioma cutané, en dehors de toute combinaison avec la tuberculose. Ces faits impliquent la nécessité de l'examen de plusieurs coupes: dans l'une d'elles, l'on retrouve toujours l'aspect caractéristique, soit de la tuberculose verruqueuse, avec formations tuberculeuses typiques abondantes, soit de l'épithélioma. Comme ressource dernière il reste toujours l'inoculation.

Syphilis. — Il y a de même parfois lieu d'hésiter sur une coupe de syphilides cornées papillaires.

L'hyperacanthose, l'hyperkératose, l'hypertrophie des papilles sont les mêmes que dans la tuberculose verruqueuse. Il s'y adjoint souvent un processus de suppuration interpapillaire ou de sclérose cicatricielle centrale. Les caractères essentiels de la syphilis, lésions vasculaires, de la tuberculose, formations tuberculeuses, peuvent-ils faire établir une distinction nette? Sans doute, dans nombre de cas, les artérites oblitérantes de la syphilis permettront le diagnostic; mais les lésions vasculaires d'endo et périartérites, entraînant même une oblitération complète, peuvent se voir dans la tuberculose verruqueuse. La cellule géante et le follicule tuberculeux ne sont pas non plus spécifiques de cette dernière affection. MM. Nicolas et Favre ont conclu dans la thèse de leur élève Allibe : « On trouve d'une façon presque constante, et même constante dans nos observations, au niveau des lésions cutanées tuberculeuses et gommeuses de la syphilis tertiaire, des formations histologiques tout à fait assimilables aux follicules tuberculeux avec cellules embryonnaires, cellules épithélioïdes et aussi cellules géantes. Les lésions syphilitiques présentent la plus grande analogie avec les lésions considérées comme histologiquement spécifiques de la tuberculose et nous ne croyons pas, au point où en sont nos recherches, qu'il y ait à l'analyse histologique de ces formations des caractères assez tranchés pour permettre de les différencier facilement. Il faut recourir à l'examen d'ensemble des coupes, à l'étude de la topographie des lésions et à la constatation des nécroses massives pour conclure avec plus de probabilité à la syphilis. » Nous avons observé deux cas

de syphilides tertiaires cornées et papillomateuses, obs. VIII, IX ; nous ne pouvons malheureusement en donner pour l'instant les résultats histologiques ; il sera intéressant de les comparer avec ceux de la tuberculose verruqueuse : cela sera fait ultérieurement.

Blastomycose. — Les mêmes difficultés de diagnostic histologique se posent avec la blastomycose, dont les lésions sont de tous points comparables et superposables à celles de la tuberculose verruqueuse, sauf que par l'histobactériologie l'on décèle le blastomyces au lieu du bacille de Koch.

L'étude bactériologique directe ou par inoculation à l'animal reste donc le seul critérium qui permette d'affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion verruqueuse.

II. — ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE

La mise en évidence du bacille de Koch dans les lésions est la seule preuve véritable de la nature tuberculeuse de la tuberculose verruqueuse et du tubercule anatomique. Le bacille de Koch peut être démontré par une recherche directe, immédiate, ou par des inoculations animales.

Recherche directe. — Le bacille de Koch a été constaté dans le *pus* des lésions suppurantes interpapillaires, mais il s'y trouve rarement ; dans le *produit de raclage*, il n'est pas non plus très fréquent. C'est

surtout au niveau des *coupes* traitées par les méthodes ordinaires les plus favorables à la coloration du bacille de Koch, que l'on peut décélérer cet agent. Il existe surtout au niveau des cellules géantes, et des cellules épithélioïdes, dans les couches superficielles de la peau, mais il a été aussi parfois rencontré dans la profondeur. Les bacilles sont souvent très rares, aussi faut-il faire des coupes en série, et les explorer soigneusement : parfois après examen de plusieurs préparations l'on ne trouve guère plus de un à deux bacilles.

Le bacille de Koch a été trouvé dans toutes les nombreuses variétés de tuberculoses cutanées, à forme papillomateuse et verruqueuse, que nous avons décrites. Il se rencontre presque constamment dans la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf : Merklen, Riehl et Paltauf, Finger, Leloir, Sevestre, Dubreuilh et Auché, Hahn, Thibierge, Darier, Oscar von Brugger, Heyse, Knickenberg, Fabry, Schultz, Dainville, Lassar, Perrin et Gœpfert, Neumann, Kaiser, etc. Dans les cas où les recherches restent négatives, on peut penser qu'elles ont été insuffisantes, de fait, souvent dans ces cas les inoculations sont positives. Le bacille de Koch a été trouvé dans les formes de tuberculose papillomateuse de P.-O. Morrow, de tuberculoses verruqueuses cornées ou papillaires nues. Enfin, argument de haute valeur, pour la nature tuberculeuse du tubercule anatomique il est mis en évidence avec la plus grande fréquence dans celui-ci, ainsi qu'en font foi les examens de Riehl, Karg, Raymond, Reverdin et Mayor, Elliot, Sanguinetti, Bowen, Guissetti, Leloir, Lassar, Spronck et Hœfnagel, Audry

et Dalous. Malgré tout il est des cas où les recherches les plus consciencieuses sont restées négatives (Pollosson). Ici encore, nous rappellerons qu'il est des tubercules anatomiques qui, par inoculation, ont tuberculisé le cobaye, alors que le bacille de Koch n'avait pu y être trouvé; dans d'autres cas, ce sont des manifestations consécutives nettement tuberculeuses qui démontrent la nature tuberculeuse de ces tubercules.

Le bacille de Koch se retrouve de même dans les accidents secondaires à la plaque verruqueuse : adénite, lymphangite, gommès, etc.

Personnellement, nous n'avons pas, dans nos cas, poursuivi cette recherche directe du bacille, sauf dans des noyaux d'une lymphangite secondaire où nous l'avons trouvé (obs. IV), sur frottis et sur coupes. Dans six des cas observés à la clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille, nous avons pratiqué l'inoculation sous-cutanée au cobaye. Quatre fois elle a été positive (obs. II, III, IV, VI); une fois négative (obs. V), le cobaye du cas VII est encore en cours d'observation.

Inoculations. — L'inoculation de la lésion au cobaye ou au lapin est la méthode de choix pour avoir la certitude de la nature tuberculeuse de l'affection. L'inoculation sera faite de préférence sous-cutanée. L'inoculation intra-péritonéale est peu à recommander dans la tuberculose verruqueuse, les lésions étant toujours plus ou moins infectées par les agents banaux de la suppuration. L'inoculation est faite sous la peau de la cuisse. Si la lésion est tuberculeuse, elle donne lieu

à une infection progressive suivant la marche lymphatique et viscérale qu'a soigneusement décrite M. le professeur Arloing. Pour avoir la certitude qu'il s'agit d'une infection tuberculeuse, il n'est point besoin de pratiquer toujours des réinoculations en série. Si le ganglion de l'aine correspondant à l'inoculation est devenu gros après quinze jours ou trois semaines au moins, on l'extirpe, on le sectionne, et l'on examine par des colorations appropriées (Ziehl-Hauser) des frottis du caséum central : si l'on trouve des bacilles, c'est qu'il s'agit indiscutablement de tuberculose. Il en a été ainsi dans nos quatre cas positifs.

Plus encore que la recherche directe du bacille de Koch, l'inoculation permet de démontrer la nature tuberculeuse des tuberculoses verruqueuses et du tubercule anatomique. Elle fut pratiquée par la plupart des auteurs mentionnés ci-dessus et elle leur donna des résultats positifs. Toutefois, dans certaines tuberculoses verruqueuses des plus authentiques les inoculations sont restées négatives comme si parfois la virulence du bacille de Koch dans ces cas était trop atténuée pour donner la tuberculisation du cobaye dans les conditions ordinaires. Dans d'autres cas, au contraire, les cobayes meurent très rapidement après vingt-quatre, quarante-huit heures, avec phénomènes de péritonite : ceci est vraisemblablement dû à l'infection suppurative surajoutée à l'infection tuberculeuse.

Autres méthodes de diagnostic bactériologique. — Nous n'insisterons pas sur les autres méthodes de diagnostic bactériologique ou expérimental.

Le *séro-diagnostic* de MM. Arloing et Courmont est capable de donner là, comme dans toute tuberculose, des indications. Dans deux cas (obs. III, V), il fut fait et trouvé positif. Mais peut-être n'en serait-il pas de même dans tous les cas. MM. Nicolas et Courmont (le séro-diagnostic chez les lupiques) ont en effet montré que dans les tuberculoses cutanées typiques (lupus vulgaire) les résultats peuvent être négatifs, alors que dans leurs cas de lupus érythémateux, toxituberculide pour eux, le séro-diagnostic s'était toujours montré positif.

La *tuberculine* injectée chez les sujets porteurs de tuberculose verruqueuse, comme dans tous les cas de tuberculose cutanée, donne une réaction générale du sujet, et locale des lésions. Fort en usage à l'étranger, nous trouvons cette épreuve à la tuberculine mentionnée dans des observations de Kaiser, Knickenberg, Fabry, etc. Mais, en France, elle semble jusqu'à ces derniers temps avoir joui d'assez peu de faveur d'une façon générale. De fait, l'emploi de la tuberculine peut être dangereux et jusqu'ici n'a pas donné les guérisons promises.

Y a-t-il une formule bactériologique propre à la tuberculose verruqueuse ? Toute tuberculose cutanée typique, d'après la compréhension même de cette dénomination, implique l'idée d'une lésion due à la colonisation locale du bacille de Koch. En effet, dans les diverses affections classées dans ce groupe, cet agent a parfaitement été retrouvé par des colorations, ou démontré par des inoculations positives à l'animal ;

il entraîne histologiquement les formations les plus typiques de la tuberculose : follicules tuberculeux et cellules géantes. Mais en considérant la diversité d'aspect de ces manifestations cutanées dues à un même agent, l'on ne peut se défendre de chercher à créer des différenciations plus ou moins légitimes.

Quel rapport, au premier abord, semble exister entre un lupus vorax et une tuberculose verruqueuse par exemple ? L'agent causal est-il vraiment le même dans tous les cas ?

D'aucuns ont voulu rapporter les variétés cliniques et histologiques différentes à des *racés* où *espèces différentes* du bacille. Pour nous, d'après les idées de notre maître M. le professeur Arloing, le bacille de la tuberculose est unique ; nous n'en pouvons admettre que des variations qualitatives ou quantitatives. Ces dernières peuvent-elles créer de véritables distinctions ?

La *virulence* du bacille, son *abondance* permettraient de différencier en une gamme de gravité croissante ; le lupus vulgaire, le lupus scléreux, la tuberculose verruqueuse, le tubercule anatomique, et la tuberculose miliaire. Il n'y a pas là, malheureusement, un critérium absolu. Sans doute, dans la généralité des cas, le lupus est fort pauvre en bacille, il ne tuberculise que très difficilement et inconstamment le cobaye par voie sous-cutanée. Mais il est des cas où les bacilles sont fort nombreux, Doutrelepont, où l'inoculation donne facilement une infection spécifique au cobaye. Par contre, la prétendue abondance de bacilles dans la tuberculose verruqueuse, donnée comme signe de

diagnostic bactériologique par Riehl et Paltauf, est loin d'avoir toujours été retrouvée (Jadassohn). Nombreux furent les examens montrant de très rares bacilles ou même restant négatifs. Les inoculations elles-mêmes ne sont souvent positives que d'une façon très tardive, et parfois même elles restent négatives, ainsi que le mentionne Leloir et que chaque expérimentateur a pu s'en rendre compte. Donc, avec Doutrelepon, Hahn, nous nous croyons autorisés à dire que ce n'est ni l'origine, ni la virulence primitive, ni l'abondance du bacille qui interviennent dans la détermination de telle ou telle forme. Nous rappellerons que des bacilles virulents d'origine (bacilles de tuberculeux pulmonaire) ont donné par inoculation primitive soit du lupus vulgaire, soit de la tuberculose verruqueuse, soit de la tuberculose miliaire, que ces lésions n'ont pas eu une gravité immédiate plus grande que d'autres tuberculoses verruqueuses d'étiologie différente. De même, on voit des lésions très torpides d'apparence tuberculiser rapidement le cobaye.

Est-ce la *toxine* qui intervient? Auclair, *Etudes expérimentales sur le poison du bacille tuberculeux*, avait cru pouvoir isoler deux toxines, l'éthérobacilline favorisant le processus de nécrose, la chloroformobacilline provoquant l'évolution fibreuse. Celle-ci serait-elle prédominante dans les formes verruqueuses, qui sont à tendance scléreuse le plus souvent? C'est un point qui appelle de nouvelles recherches avant qu'il nous soit permis de rien conclure, d'ailleurs il resterait à expliquer la cause de cette prédominance de la chloroformobacilline.

En l'état actuel des connaissances sur le bacille de Koch et le processus tuberculeux, nous ne voyons aucun caractère bactériologique certain qui permette d'individualiser la tuberculose verruqueuse : son aspect objectif tient à des causes probables de localisation, sa gravité à une question de terrain dont les influences et le mécanisme nous échappent. De même qu'il n'y a pas lieu de séparer le lupus de la tuberculose verruqueuse par la bactériologie, il est impossible, à ce même point de vue, d'établir des distinctions entre cette affection et le tubercule anatomique, celui-ci est d'une même nature tuberculeuse. Il tire moins sa gravité de la virulence primitive des bacilles qui lui ont donné naissance que du terrain du sujet infecté.

III. — NOSOGRAPHIE DE LA TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

La tuberculose verruqueuse est un lupus superficiel. — La tuberculose verruqueuse, le tubercule anatomique sont donc des affections dont la nature tuberculeuse est démontrée par la présence de follicules tuberculeux, de cellules géantes, de bacilles ; par l'inoculabilité aux animaux. Les lésions histologiques qui la caractérisent siègent surtout dans l'épiderme et dans le corps papillaire, mais s'infiltrant plus ou moins dans le derme et même l'hypoderme. C'est donc une tuberculose cutanée surtout superficielle. Si l'on considère que le lupus est lui-même une tuberculose assez superficielle de la peau, une forme sous-épithéliale, siégeant dans le derme avec les mêmes caractères

requis pour démontrer la nature tuberculeuse, l'on doit envisager la tuberculose verruqueuse comme une forme de lupus. C'est un lupus très superficiel, un lupus papilliforme. Cette conception est généralement admise par les auteurs, Vidal, Leloir, Besnier, Angibaud, Darier, Unna, Neisser, Du Castel, Jadassohn, Gaucher, Lenglet, Sacks, Newins Hyde, Schwimmer, Thibierge, etc.

Nous rappellerons que dans l'étude étiologique, clinique, anatomo-pathologique et bactériologique, on ne trouve aucun élément de différenciation absolue. L'on voit sans cesse les rapports les plus intimes exister entre les deux affections, souvent une coexistence sur une même lésion, enfin l'existence de toute une série de faits de passage entre les types les plus opposés du lupus vulgaire ou de la tuberculose verruqueuse.

Cause de la forme verruqueuse. — Mais pourquoi alors le bacille de Koch donne-t-il au niveau d'un même organe la peau, dans des cas, la tuberculose verruqueuse, dans d'autres le lupus vulgaire? Pourquoi est-il l'origine d'une lésion locale tantôt grave, ulcéreuse, mutilante souvent pour le lupus, ou tantôt au contraire bénigne, torpide, scléreuse, pour la tuberculose verruqueuse?

Beaucoup d'auteurs ont vu là le résultat d'une différence du *mode d'infection de la peau* (Hallopeau). Nous avons discuté ce point à l'étiologie, concluant que si la tuberculose verruqueuse est avant tout due à une inoculation exogène, primitive ou secondaire, l'infection par voie endogène, lymphatique ou san-

guine, est possible. De même, nous avons rapporté des faits démontrant l'inoculation externe du lupus.

Est-ce simplement une question de *localisation topographique* aux extrémités, en des points où la peau est plus épaisse (Besnier, Riehl, Blaschko, etc...). Il y a évidemment autre chose, puisque d'une part en ces régions se rencontrent les formes les plus typiques du lupus, et que, d'autre part, la tuberculose verruqueuse peut être rencontrée en tous les points de la peau ou des muqueuses dermo-papillaires.

Est-ce simplement le *siège histologique* dans le corps papillaire qui détermine l'aspect papillaire en excitant la prolifération du corps muqueux de Malpighi ; cette localisation des lésions est une condition nécessaire, mais non suffisante : il est des lésions tuberculeuses très superficielles, peu virulentes qui tendent à l'amincissement de la peau et à l'ulcération.

Est-ce le fait d'une *infection secondaire surajoutée*, des micro-abcès miliaires ? Ceux-ci par leur évolution accusent les végétations et l'allongement papillaire ; par infection chronique, ils peuvent déterminer une réaction scléreuse qui lutte contre le bacille de Koch ; mais cette infection secondaire n'est pas essentielle dans la tuberculose verruqueuse ; nous avons vu qu'elle peut manquer. D'autre part, des lésions de l'ordre des papillomes cornés prennent l'aspect verruqueux sans aucune suppuration.

Est-ce la prédominance de telle ou telle *toxine* du bacille de Koch qu'il faut incriminer (Auclair) pour le processus scléreux ? Il serait imprudent de donner une opinion ferme. Unna pense, en tout cas, que c'est le

poison tuberculeux qui irrite l'épiderme et l'incite à proliférer.

En somme, rien dans le principe inoculé ou dans son mode d'inoculation ne nous permet jusqu'ici de trouver la cause des formes si diverses de tuberculoses cutanées ; peut-être faut-il chercher du côté du sujet seulement, du côté du terrain. Mais là encore le problème est plein d'inconnues. Nous sommes obligé d'avouer que les causes véritables qui président à la forme verruqueuse nous échappent complètement. L'action du terrain elle-même ne nous paraît évidente que pour assurer le succès de l'inoculation, la persistance de la lésion et sa gravité par infection secondaire viscérale. La bénignité locale de la lésion semble tenir à la localisation du bacille de Koch dans la partie superficielle de la peau. Celle-ci constitue un très mauvais milieu de culture, avec moyens de défense très énergiques, elle lutte contre le bacille à la fois par l'hyperkératose, par la suppuration et par le processus fibro-scléreux.

IV. — CONCLUSIONS

Les recherches histologiques et bactériologiques démontrent la nature tuberculeuse de la tuberculose verruqueuse. Elles légitiment la conception de la tuberculose verruqueuse comprenant toute tuberculose cutanée typique, où le processus tuberculeux s'accompagne de papillomatose.

1. — *Histologiquement*, la tuberculose verruqueuse se trouve caractérisée par une hypertrophie des papilles, une hyperacanthose se manifestant surtout par des

proliférations épidermiques interpapillaires. Les diverses formations tuberculeuses, infiltration lymphoïde diffuse, lupus cellules géantes, follicules tuberculeux, se retrouvent constamment au niveau du corps papillaire ; mais, elles envahissent le plus souvent les couches profondes du derme et l'hypoderme. La tuberculose verruqueuse n'est donc superficielle qu'en apparence. Les processus de suppuration miliaire, de tendance à la sclérose, sont des plus fréquents ; mais parfois, ils manquent ; d'autre part, ils ne sont pas absolument propres à cette forme : aussi, nous ne croyons pas qu'ils constituent un critérium de diagnostic absolu. Il en est de même pour nous, de l'ordonnance des formations tuberculeuses. L'hyperkératose caractérise les formes cornées.

Toutes les formes de tuberculose de la peau, ou des muqueuses dermo-papillaires, avec papillomatose, montrent ces caractères essentiels : allongement des papilles, hyperacanthose, formations tuberculeuses dans le corps papillaire. C'est pourquoi dans un même groupe, nous englobons des formes papillaires, cornées ou nues, le lupus scléreux et papillomateux de Vidal, la tuberculose papillomateuse, le lupus épithéliomatoïde, le lupus papillomateux, le tubercule anatomique.

Ces lésions histologiques ne sont toutefois pas absolument spécifiques de la tuberculose verruqueuse et, quelquefois, il y a lieu d'établir un diagnostic avec : l'épithélioma papillaire, la syphilis, certaines dermatomycoses. La bactériologie peut seule, alors, permettre d'affirmer la nature tuberculeuse.

II. — *Bactériologiquement*, le bacille de Koch est mis en évidence directement dans le pus, les produits pathologiques ou sur les coupes. Le procédé de choix est l'inoculation sous-cutanée au cobaye. Le bacille de Koch est démontré dans toutes les formes précédentes. Aussi, nous croyons, que soit par la buclenolope, soit par l'anatomie pathologique, il est toujours possible de démontrer la nature tuberculeuse du tubercule anatomique.

Mais il est impossible de donner une formule bactériologique spéciale touchant son origine, son abondance, sa virulence, ses toxines, qui permette bactériologiquement d'isoler ces formes du lupus et d'établir des distinctions entre elles.

III. — En conclusion, *nosographiquement*, la tuberculose verruqueuse avec toutes les variétés qu'elle comprend est un lupus, avec lésions superficielles, qui s'accompagne de papillomatose. La cause même de cette papillomatose nous échappe, nous ne pouvons que constater qu'il n'y a pas de papillomatoses sans lésions juxta-épidermiques mais, toute lésion tuberculeuse juxta-épidermique n'entraîne pas forcément une végétation papillaire.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose verruqueuse est le plus souvent facile. Les caractères objectifs que présente la plaque verruqueuse, et son évolution locale assez spéciale y font penser. On se basera ; sur l'état papillomateux, avec suppuration interpapillaire, avec ulcérations miliaires au fond des fissures ou à la périphérie de la lésion ; sur l'existence d'un liséré érythémateux périphérique, sur la tendance cicatricielle centrale dans les cas un peu anciens. La présence de propagations lymphatiques sera un bon élément de diagnostic ; l'étude des conditions étiologiques pourra fournir des indications. Mais aucun caractère clinique n'est pathognomonique, nous avons vu que la spécificité des lésions histologiques ne pouvait non plus être absolue, aussi dans tous les cas douteux la recherche du bacille de Koch ou l'inoculation au cobaye, positives, pourront seules permettre d'affirmer le diagnostic.

La tuberculose verruqueuse est due à une hypertrophie papillaire avec proliférations intenses du corps muqueux de Malpighi, aussi son diagnostic sera-t-il à faire avec toutes les hypertrophies épidermiques ou épidermo-papillaires, avec toutes les papillomatoses, toutes les « verrucoses », pour employer un néologisme

de M. le professeur Gaucher. Toutes celles-ci, cependant, ne simulent pas la tuberculose verruqueuse avec la même fréquence et n'entraînent pas les mêmes difficultés de diagnostic.

Toute *dermatose chronique*, irritée, devenue inflammatoire peut à un certain moment devenir papillomateuse et même s'accompagner de petits abcès intra-dermiques. Mais elle garde, en général, ses caractères propres qui la font facilement reconnaître.

Gebert, Rosenthal, Blaschko, Saalfeld, Lippman, etc... ont vu des *eczémas aigus avec efflorescences verruciformes* papillomateuses. Les eczémas chroniques deviennent facilement papillomateux, surtout aux membres inférieurs. Parfois, ils prennent le type d'*eczémas cornés végétants*. Dans ce cas, d'après Besnier et Doyon, la confusion pourrait se faire aisément avec la tuberculose verruqueuse. Les vieilles dermites professionnelles peuvent, elles aussi, prendre un type papillomateux verruqueux, qu'il ne faut pas confondre avec les papillomes professionnels, que nous verrons plus loin.

Bosellini, en 1905, sous le titre de « *di una dermatita cronica verrucoïde circoscritta della mani* » a rapporté deux cas de *lésions verrucoïdes et papillaires* avec petits abcès miliaires sur le dos de la main, rappelant cliniquement la tuberculose verruqueuse. Ce dernier diagnostic fut rejeté à cause de la guérison très rapide obtenue par de simples pansements et des soins de propreté ; mais il n'a pas été fait d'inoculation. En 1906, il en publie un nouveau cas et conclut des différents faits qu'il a observés, qu'il existe une dermatite

verrucoïde observée jusqu'ici seulement sur le dos des mains, diffuse ou en forme de plaques rappelant la tuberculose verruqueuse, dont elle se différencie par la présence de lésions inflammatoires aiguës et suppurées.

L'éléphantiasis, quelle qu'en soit l'origine, peut revêtir, lui aussi la forme papillomateuse ou papillomato-crustacée.

Ce sont là des diagnostics assez exceptionnels. Au contraire, à cause de la multiplicité des aspects cliniques que peut revêtir la tuberculose verruqueuse dans ses formes papillo-cornées ou papillaires nues, suppurantes ou sèches, il y a lieu de la distinguer d'assez nombreuses affections autres qui peuvent la simuler de très près. Pour être complet, nous en donnons une liste déjà longue : il faut connaître les cas exceptionnels pour n'être pas pris au dépourvu lorsqu'on les constate. D'autre part, on ne sera pas étonné de voir figurer quelques maladies exotiques, ou fort peu fréquentes chez nous ; la tuberculose verruqueuse est de tous les pays et de toutes les races : il faut la différencier des affections locales. Nous envisagerons successivement le diagnostic avec des affections où l'hypertrophie épidermique et épidermo-papillaire est essentielle et primitive, les verrues, les papillomes, les durillons, nous en rapprocherons certaines kératodermies et formes de maladies congénitales, l'ichtyose hystrix et le nævus verruqueux ; avec les affections où l'aspect papillomateux ne se montre que dans certaines formes : telles la syphilis, l'épithélioma, le psoriasis, le lichen ; avec les dermatomycoses ; avec certaines maladies exotiques.

Verrues. — Elles résultent de l'hypertrophie du derme et de l'épiderme. Elles se présentent souvent, lorsqu'elles sont étendues, avec un aspect qui rappelle celui de la tuberculose verruqueuse. Mais, en général, c'est une lésion nettement circonscrite, qui reste beaucoup plus localisée que le lupus scléreux. Elle fait directement saillie sur la peau saine qui l'entoure, sans présenter cette zone intermédiaire plus ou moins violacée et suppurante que nous avons décrite, ni la zone périphérique érythémateuse. La lésion reste toujours sèche, sauf inflammation secondaire, et l'on ne retrouve pas de petits abcès miliaires interpapillaires à la surface ou à la bordure des lésions ; par suite, il n'y a pas formation de croûtes qui agminant les papilles. Celles-ci restent bien isolées de leur base à leur extrémité libre, elles se présentent parfois avec de petites incisures latérales, et se trouvent digitées secondairement. La verrue ne repose sur aucune base indurée et donne la sensation de superficialité absolue. Elle guérit souvent spontanément et sans aucune cicatrice.

Nous avons vu deux cas où l'on pouvait songer à faire le diagnostic entre une tuberculose verruqueuse et des verrues :

Dans l'un, observé dans le service de M. le professeur Nicolas, à la clinique des maladies cutanées de l'Antiquaille, il s'agissait d'un enfant porteur de verrues disséminées sur la face dorsale des mains et surtout des doigts. Plusieurs d'entre elles avaient acquis la surface d'une pièce de 1 à 2 francs ; elles formaient ainsi de petits placards très exubérants et papillomateux. Ceux-ci étaient parfaitement secs, toutefois, une

crevasse ou deux existaient sur les verrues recouvrant les articulations des doigts. A cause de l'absence de suppuration, de la dissémination des éléments, de leur limitation nette, de la présence de petites verrues planes sur le poignet, du bon état de santé de l'enfant, sans aucune tuberculose locale ou viscérale, M le professeur Nicolas fit le diagnostic de verrues vulgaires. L'enfant fut endormi et les verrues curettées. L'inoculation au cobaye resta négative.

Le second cas a été vu par nous à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Josserand. Il s'agissait d'un malade tuberculeux pulmonaire, récemment opéré de péritonite tuberculeuse. Il présentait sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire droit une lésion papillomateuse de la surface d'une pièce de 50 centimes. Cette lésion remontait à quatre ans. Le début s'était fait par une « verrue » dit le malade, simple saillie papuleuse cornée qui, dans la suite, avait pris l'aspect papillomateux et s'était étendue périphériquement. La lésion était constituée, quand nous l'avons vue, par des papilles cornées, longues et fines, bien isolées, sans croûtes ni sillons exulcérés, ni suppuration. Elle était limitée par un bord très net; mais autour de la lésion il existait un liseré érythémateux. Elle était tout à fait superficielle sans aucun empâtement profond; elle n'avait donné naissance à aucune lymphangite ou adénite épitrochléenne ou axillaire. Voilà donc un cas où la présence d'un liseré périphérique érythémateux, d'un aspect verruqueux corné, où la coexistence de tuberculose pulmonaire pourrait faire penser à de la tuberculose verruqueuse d'auto-

inoculation ; nous avons rejeté ce diagnostic à cause de la parfaite limitation de la lésion, de son absolue superficialité, de l'absence de toute suppuration ou fissure ulcérée. Depuis deux mois que nous n'avions vu ce malade (27 mars 1907), les végétations cornées se sont affaissées sans traitement et ont disparu sans laisser de cicatrice. Il est à regretter que nous n'ayons pu faire une biopsie et des inoculations.

Des verrues il faut rapprocher les *durillons* qui sont de simples hypertrophies épidermiques, très superficielles, le plus souvent professionnelles. Ils peuvent parfois, par leur siège, prêter à confusion avec de petits tubercules anatomiques ; ceux-ci peuvent être constitués simplement par un petit noyau dur et corné comme un durillon ; mais, la formation d'un petit abcès, d'une suppuration légère qui se produit presque fatalement à un moment donné les différencie.

Papillomes. — Nous insisterons peu sur les papillomes cutanés ; ainsi que l'indique Dubreuilh dans la Pratique Dermatologique, leur histoire se confond avec celle des verrues que nous venons de voir. Toutefois, M. le professeur Gaucher, dans son cours magistral (hiver 1906), maintient encore une distinction entre les deux. C'est une plaque papillaire rugueuse absolument sèche, sans suppuration, qui reste indéfiniment stationnaire pour laquelle il faut invoquer, pour expliquer son développement, une irritation extérieure longtemps prolongée. Les papillomes s'observent surtout chez les tonneliers, les cordiers, les garçons de restaurant, les raffineurs de

pétrole. C'est en somme une dermatose papillomateuse professionnelle. Mackenzie, en 1896, en rapportait un joli cas, causé par la créosote, avec lésions du type papillo-corné et papillo-crustacé. C'est l'absence de suppuration, de croûtes, de zone périphérique érythémateuse qui fait le diagnostic; mais il est des cas douteux où il faut recourir à l'inoculation au cobaye.

Roser avait décrit, bien longtemps déjà avant la description de Vidal et de Riehl, un *papillome inflammatoire* qui présente tous les caractères de la tuberculose verruqueuse. Il était essentiellement caractérisé par des végétations papillaires verruqueuses avec de petits abcès interpapillaires. Nous n'avons pu retrouver le travail original de cet auteur. D'après les ouvrages publiés antérieurement à 1885, où il est fait la description de ce papillome inflammatoire, d'après ceux postérieurs surtout allemands et viennois, où le diagnostic avec la tuberculose verruqueuse est envisagé, nous croyons que le plus grand nombre des cas décrits sous ce nom de papillomes inflammatoires étaient des tuberculoses verruqueuses, non encore individualisées, ou méconnues.

Ce sont surtout les *papillomes des muqueuses* vulvo-vaginales, ano-rectales, c'est-à-dire les végétations génitales et les papillomes buccaux, qui peuvent prêter à confusion avec la tuberculose verruqueuse des mêmes régions.

Les *végétations* muqueuses forment de véritables tumeurs en choux-fleurs, siégeant dans les régions humides, baignées par des liquides irritants, surtout

au voisinage de la vulve et de l'anus. Elles sont constituées par de longues excroissances pédiculées, filiformes, très humides, roses, molles, très douces au toucher. Plusieurs des papilles portent des incisures, ou sont ramifiées. Le plus souvent, il n'y a pas entre elles d'ulcérations, mais la suppuration peut se voir à titre de complication inflammatoire.

Dans les régions péri-génitales et péri-anales, le diagnostic sera en général facile avec la tuberculose verruqueuse qui peut garder par points les caractères de tuberculose verruqueuse cutanée à type de lupus scléreux, papillomateux, corné ; mais à mesure que l'on se rapproche de la muqueuse, les lésions se modifient, deviennent plus humides et prennent tout à fait le type papillomateux non corné. Les tuberculoses papillomateuses *vulvo-vaginales* semblent jusqu'ici rares, à moins que dans la suite, des inoculations systématiques de toutes les végétations vulvaires ne permettent de démontrer la nature tuberculeuse de quelques-unes d'entre elles. A l'*anus*, au contraire, la tuberculose verruqueuse est assez fréquente et Riehl, Hartmann écrivent qu'elle doit souvent passer inaperçue, confondue avec les papillomes de cet orifice. Le diagnostic n'en sera pas toujours aisé, les papillomes simples peuvent prendre des caractères inflammatoires et suppurer. Il faudra tenir grand compte de l'étiologie ; rechercher la coexistence des tuberculoses viscérales, pulmonaire ou intestinale, des fistules ano-rectales ; examiner minutieusement la lésion ; rechercher la présence d'ulcérations miliaires interfissuraires, ou même d'ulcérations tuberculeuses vraies. Enfin, dans

les cas douteux, il faut s'en remettre à l'inoculation au cobaye.

Les *papillomes de la bouche* peuvent de même, lorsqu'ils siègent sur la langue ou sur les lèvres, être à différencier de la tuberculose verruqueuse. Celle-ci est, dans ces cas, toujours due à une auto-inoculation secondaire. Elle forme une plaque verruqueuse assez dure sur la langue, elle peut coexister avec des ulcérations tuberculeuses vraies, elle est moins superficielle que le papillome.

Nous n'insisterons nullement sur les *kératodermies* qui peuvent, par points, rappeler objectivement la tuberculose verruqueuse. Il en est de même de l'*ichtyose hystrix* partielle à forme verruqueuse. La physionomie générale de ces affections est trop différente de celle de la tuberculose verruqueuse pour qu'on les confonde.

Nœvus verruqueux. — Le nœvus verruqueux ne présente le plus souvent aucune difficulté de diagnostic, même dans sa forme de nœvus verruqueux dur. Il forme une saillie aplatie, le plus souvent mal limitée par rapport à la peau saine environnante. Il est en général pigmenté. Si sa surface est rude, verruqueuse, avec des papilles isolées, il ne présente pas de fissures exulcérées les séparant. La lésion est absolument sèche, sans suppuration ni croûtes. Nombreuses fois elle est systématisée sur le trajet d'un nerf, parfois symétrique.

Syphilis. — C'est une des affections que l'on aura

le plus souvent à éliminer dans le diagnostic de la tuberculose verruqueuse. La syphilis est la grande simulatrice des dermatoses ; elle peut revêtir tous les différents types que nous avons décrits de la tuberculose verruqueuse. Mais au cours des manifestations de modalité secondaires, l'anamnèse d'un chancre récent, la coexistence d'autres accidents, la généralisation et la dissémination des accidents cutanés font facilement rapporter à leur véritable nature les accidents syphilitiques, papillomateux ou végétants, les syphilides *frambæsiiformes* ou les accidents muqueux à type de plaques muqueuses hypertrophiques et papillomateuses des régions ano-vulvaires.

Mais, le plus souvent, il est ardu de faire un diagnostic ferme dans les cas d'accidents isolés de modalité tertiaire. Le siège, l'aspect peuvent être ceux de la tuberculose verruqueuse ; le chancre, les accidents secondaires peuvent avoir passé inaperçus.

Ce sont les *syphilides papuleuses à type corné*, les *syphilides papillo-squameuses*, *papillomateuses*, les *syphilides tuberculo-ulcéreuses végétantes à type papillomato-crustacé*, qu'il est parfois fort difficile de différencier.

La *syphilide papuleuse à type papillomato-corné* est un accident de modalité tertiaire, variété de syphilide papulo-squameuse où la papule syphilitique se hérisse de végétations papillaires, cornées, dures. Celles-ci restent le plus souvent isolées ; dans d'autres cas, elles sont réunies entre elles, et recouvertes par une croûte avec squames sèches, c'est le type *papillo-crustacé*. Les papilles sont polymorphes, plus ou

moins allongées, plus ou moins polyédriques, accumulées ou arrondies à leurs extrémités. Elles sont séparées par des sillons profonds, mais ceux-ci ne sont pas ulcérés, il n'y a ni abcès miliaires, ni suppuration. Les papules papillomateuses forment ainsi des plaques verruqueuses plus ou moins grandes, arrondies ou ovalaires, ou serpigneuses, avec des points d'apparence cicatricielle. La lésion est assez nettement limitée, mais il n'est pas rare de la voir se détacher sur un fond violacé avec, à sa périphérie, des papulotubercules. Aussi, sauf l'absence de suppuration, l'aspect est-il très voisin de la tuberculose verruqueuse.

Dans l'une de nos observations de syphilis verruqueuse (IX), nous notons à la main des placards papillomateux de la surface d'une pièce de 2 francs, faisant une saillie de 2 à 4 millimètres, plus prononcée au centre qu'à la périphérie. La lésion est hérissée de végétations papillaires cornées, apparues sans ulcérations préalables, séparées par des sillons profonds non ulcérés, et ne donnant aucune gouttelette de pus à la pression. Le pied droit de la même malade est occupé dans sa région postéro-inférieure par des végétations papillaires à type papillomato-corné et papillomato-crustacé, groupés en trois placards.

Mais la suppuration n'est pas toujours absente ; dans les cas de syphilides *tuberculo-ulcéreuses*, tertiaires, végétantes, on la voit fréquemment survenir. Dans ces cas, siégeant surtout aux membres inférieurs, l'ulcération du tubercule syphilitique se met à bourgeonner, à se recouvrir de saillies papillomateuses plus ou moins cornées, entre lesquelles persistent des ulcé-

ractions sécrétant un liquide puriforme et gommeux, qui se concrète en croûtes, et agmine les papilles. Cette forme présente de grandes analogies avec la tuberculose verruqueuse, il en est figuré un joli cas à la jambe, dans le traité de Brocq.

Dans les régions velues, comme au menton, la lésion peut être à la fois verruqueuse et trichophytoïde, d'où l'embarras du diagnostic. Dans un des cas rapportés à la fin de ce travail, observation VIII, se trouve un bel exemple de syphilide papillomateuse et trichophytoïde de la barbe. « Actuellement, la lésion est constituée par la réunion de placards papillomateux, de la surface d'une pièce de 50 centimes à 2 francs. Chacun d'eux, limité par un bord net, émerge d'une peau périphérique saine. La lésion est surélevée de 3 à 4 millimètres. A sa surface, se voient des végétations papillaires dures et cornées, séparées par des sillons, masqués pour la plupart, ainsi que les papilles, par une surface croûteuse. Détergés, les sillons apparaissent rosés, beaucoup exulcérés dans leur profondeur avec de petites ulcérations miliaires d'où sourd, par la pression, de fines gouttelettes de pus. » Ne peut-on pas reconnaître là la description d'une tuberculose verruqueuse ou d'un sycosis. L'examen des poils et du pus resta négatif au point de vue de la recherche du trichophyton. La lésion, qui avait un aspect circiné tertiaire des plus nets, guérit en moins d'un mois, sans traitement local, par des injections de bi-iodure de mercure, 4 centigrammes tous les deux jours.

La difficulté de diagnostic d'ailleurs dans ces cas de

syphilides tertiaires cornées papulo-tuberculeuses ou tuberculo-ulcéreuses est souvent plus apparente que réelle; car, à moins d'un placard unique bien limité aux sièges d'élection de la tuberculose verruqueuse, il existe en général des éléments de diagnostic différentiels suffisants. Sans doute, en un point donné, on peut retrouver un même aspect objectif, une même tendance à la cicatrisation centrale, mais les lésions considérées dans leur ensemble diffèrent. L'extension dans les lésions syphilitiques est beaucoup plus grande, beaucoup plus disséminée. L'on peut retrouver la trace de lésions anciennes ayant laissé des stigmates presque pathognomoniques. Les lésions syphilitiques ont une tendance très marquée à la figuration, au groupement circiné et hémi-cerclé. Les points cicatriciels laissent une pigmentation cuivrée. Les plaques verruqueuses sont, en général, moins saillantes. Mais en somme, tous ces caractères peuvent se retrouver parfois dans la tuberculose verruqueuse. Aucun d'eux ne peut, dans certains cas, permettre un diagnostic certain. L'épreuve par le traitement mixte intensif, hydrargyrique et ioduré suivant les doses modernes de 2 centigrammes par jour de bi-iodure de mercure en injection et de 4 à 5 grammes d'iodure de potassium, aura un heureux résultat sur les lésions syphilitiques. Mais les syphilides cornées sont souvent très rebelles et, d'autre part, n'a-t-on pas publié des guérisons de tuberculoses verruqueuses par des injections de calomel.

Le diagnostic est donc parfois fort délicat, l'examen histologique peut être impuissant à le trancher. Nous

avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique que notre maître, M. le professeur Nicolas, et son chef de clinique, M. Favre, avaient eu le mérite de montrer la constance et l'abondance, non seulement de la cellule géante, mais encore du follicule dit tuberculeux dans les syphilides tertiaires cutanées. Aussi ces auteurs, au point où en sont leurs recherches, pensent-ils que rien à l'analyse histologique de ces formations ne peut montrer des caractères assez tranchés pour permettre de différencier assez facilement la syphilis de la tuberculose cutanée. En conséquence, il nous est permis de nous demander si nombre de cas, étiquetés d'une façon générale tuberculose cutanée d'après l'aspect histologique, en l'absence d'inoculation au cobaye, et guéris par le mercure et l'iodure, n'étaient pas simplement des accidents tertiaires.

Ici, comme dans tous les cas douteux, la recherche du bacille de Koch dans les lésions, l'inoculation au cobaye reste encore le moyen de diagnostic le plus rapide et le seul certain.

Epithéliomas. — Le diagnostic peut parfois être hésitant entre une lésion d'épithélioma et de tuberculose verruqueuse, par suite du caractère ulcéreux et faiblement papillomateux que celle-ci peut revêtir, les bourgeons devenant plus mous, plus vasculaires et saignant facilement. Nous avons vu dans notre description clinique, Busch, Schultz insister sur une *forme épithéliomatoïde de lupus* papillaire des extrémités. Mais la confusion vient aussi le plus souvent de ce fait que c'est l'épithélioma qui prend les caractères de tu-

berculose verruqueuse, de lupus scléreux, et c'est surtout à ce titre que Vidal (1883) en avait déjà mentionné le diagnostic et que la plupart des auteurs insistent dans la suite. Pour se convaincre de l'analogie objective qui peut exister entre les deux affections, il suffit de les comparer d'après quelques moulages de la mine inépuisable de documents qu'est le musée de l'Hôpital Saint-Louis. On voit, en particulier, un moulage déposé par Nelaton et figuré par Darier dans la *Pratique Dermatologique*, qui, si ce n'était l'existence d'un bourrelet d'épithélioma caractéristique, accusé au-dessus de l'index et du médius, pourrait facilement être pris pour la reproduction d'une tuberculose verruqueuse. C'est un épithélioma superficiel du dos de la main à forme papillaire en nappe, cicatriciel à son centre, ulcéré à son bord, végétant du côté de la racine du pouce. D'ailleurs, le problème peut se compliquer davantage par suite de la possibilité du développement d'un épithélioma sur une lésion de tuberculose verruqueuse, ainsi que Brocq en figure un cas dans son traité.

De tous les épithéliomas, ce sont évidemment les plus superficiels qui peuvent le plus induire en erreur ; les *épithéliomas papillaires*, les épithéliomas à type superficiel et végétant de Darier (Congrès de dermatologie de Berlin, 1904). Dans ces formes l'épithélioma est constitué par des éléments qui subissent l'évolution épidermique et la kératinisation ; dans une première variété, des productions cornées épaisses surmontent les végétations et pénètrent dans les bourgeons, c'est l'*épithélioma papillaire corné* (pa-

pillome corné); elle peut se rencontrer sur n'importe quelle région du corps. Dans l'autre variété, les végétations sont rosées recouvertes d'une couche kératinisée très mince, *épithélioma papillaire nu*, papillome épithélial simple, n'existant que sur les demi-muqueuses.

Epithélioma papillaire corné et épithélioma papillaire nu sont à diagnostiquer respectivement des tubercules verruqueuses cutanées et des muqueuses dermo-papillaire, glosso-labiale, ano-rectale et vulvo-vaginale.

L'épithélioma papillaire de la peau se différenciera, d'une façon générale, par son siège de prédilection à la face, par son début par une petite papule dure non suppurante, s'il est primitif, par son apparition sur des lésions de kératose sénile précancéreuse, dans les cas où il se développe secondairement. Son aspect est le plus souvent, pendant longtemps, absolument sec, avec une apparence de verrue, ou de papillome ordinaire; ce n'est qu'à la suite d'influences diverses, presque toujours de traumatisme, qu'il se modifie dans ses caractères, formant une lésion à saillies villeuses engainées dans une croûte cornée. Cette croûte cornée n'a, en général, qu'une adhérence assez faible; lorsqu'elle est détachée, il persiste au-dessous d'elle une surface ulcérée, irrégulière et villeuse, mais à papilles molles, le plus souvent et saignant très facilement. La lésion n'est pas entourée par une zone érythémateuse. Il n'y a pas, en général, de cicatrisation centrale ou périphérique. Enfin à la périphérie de la lésion sur un point ulcéreux il est possible de retrouver le bord dur, en bourrelet, caractéristique de l'épithélioma. Une

adénite constituée par des petits ganglions durs l'accompagne.

Les épithéliomas papillaires nus siègent surtout à l'anüs ; ils forment des masses papillomateuses, en chou-fleur, mollasses. Les papilles sont très vasculaires et saignent très facilement ; à côté d'elles existent de petites ulcérations épithéliomateuses. Toutefois, la lésion pouvant prendre un caractère suppurant, le diagnostic d'avec la tuberculose verruqueuse est parfois difficile ; seule l'inoculation positive au cobaye ou la constatation de bacilles de Koch sur les coupes pourra permettre de reconnaître la tuberculose verruqueuse. Nous avons, en effet, vu au chapitre de l'anatomie pathologique que la tuberculose verruqueuse donne par l'hypertrophie du corps muqueux de Malpighi, des lésions tout à fait analogues à celles des épithéliomas papillaires, la coupe isolant des proliférations interpapillaires rappelant les globes épidermiques cornés des épithéliomas. D'autre part, Audry, 1900, dans un travail histologique sur les épithéliomas a montré après Krause 1884, Unna, Ribbert, 1894, que des cellules géantes existent presque constantes dans les épithéliomas du type Malpighien, en dehors de toute combinaison avec la tuberculose.

Psoriasis. — Il est rare que l'on ait à poser un diagnostic entre une plaque de tuberculose verruqueuse et un placard de psoriasis. Toutefois, le fait peut exister, il est des psoriaris à éléments très discrets, parfois un seul ; c'est ainsi que le malade de la première observation d'Angibaud présentait au cou une plaque

recouverte desquames blanches qui, au premier abord, éveillait dans l'esprit l'idée d'un placard de psoriasis. Il est des tuberculoses verruqueuses disséminées, souvent post-exanthématiques, dont les éléments sont verruqueux et psoriasiformes. Dans l'observation de MM. Gaucher et Druelle, tuberculose verruqueuse consécutive à la rougeole, on relève, en outre de placards papillomateux du poignet et de la plante du pied, sur le coude gauche, au niveau de la face postérieure de l'olécrane, deux éléments papuleux des dimensions d'une pièce de 50 centimes. « Ils sont recouverts d'une squame épaisse, blanchâtre, adhérente, ce qui leur donne un aspect vaguement psoriasiforme. Mais cette squame s'enlève en entier ; d'un seul coup d'ongle, on met alors à nu une surface couverte de papilles, faisant une saillie assez prononcée ; à la palpation, il y a une infiltration nodulaire profonde ». Ce sont donc là des lésions qui, de par leur siège et leur aspect, peuvent rappeler le psoriasis, l'absence de surface lisse après avoir enlevé la squame n'est même pas suffisante pour faire rejeter le diagnostic de psoriasis. Brocq note que dans les psoriasis rebelles, l'on peut voir les lésions se papillomatiser, surtout lorsqu'il y a prurit et grattage consécutif. Audry, dans la *Pratique Dermatologique*, décrit toute une classe de *psoriasis verruqueux*. Les trois variétés qu'admet ce dernier auteur peuvent très bien simuler la tuberculose verruqueuse : 1° psoriasis corné, où l'apparence verruqueuse résulte de l'adhérence et de l'aspect mamelonné des squames ; 2° psoriasis, où l'ablation des squames laisse à nu une papule papillomateuse ; 3° psoriasis, où l'on voit appa-

raître, sur les efflorescences primitives en activité ou disparues, des formations qui sont franchement des verrues (cas de Rosenthal, Jadassohn, Gassmann, sur les mains).

Le diagnostic clinique peut être parfois fort embarrassant, mais en général le psoriasis est plus disséminé, prédomine à ses sièges d'élection, coudes et genoux. L'on retrouve ordinairement une papule typique où, par un grattage délicat, l'on finit par détacher une dernière pellicule épidermique, laissant à nu une surface dermique rouge, lisse, luisante, avec un fin piqueté hémorragique. Il n'y a pas dans le psoriasis verruqueux d'abcès miliaires suppurants. Ceux-ci sont presque constants dans la tuberculose verruqueuse. Ils manquaient néanmoins dans l'observation précédente de MM. Gaucher et Druelle.

Si l'on fait une biopsie, l'histologie pathologique fera le diagnostic en montrant pour le psoriasis les micro-abcès de Munroe, Sabouraud, sur lesquels M. Bonnet a récemment insisté, pour la tuberculose verruqueuse, les lésions classiques de la tuberculose : cellules géantes et follicules tuberculeux. Enfin, une inoculation au cobaye lèvera tous les doutes : nous ne croyons pas que jusqu'ici l'on ait pu tuberculiser cet animal par des lésions cutanées psoriasiques, bien que quelques auteurs soient partisans de la nature tuberculeuse du psoriasis.

Lichens. — Il ne peut être que très exceptionnel que des papules de *lichen simplex* par confluence et après lichenification secondaire, arrivent à former une plaque simulant la tuberculose verruqueuse. Les ana-

logies d'aspect sont beaucoup plus grandes et peuvent prêter à confusion dans la variété de *lichen ruber planus* corné de Vidal. C'est l'affection encore décrite par les auteurs plus récents, sous les noms de lichen hypertrophique, lichen chronique hypertrophique circonscrit, lichen corné, de dermatite circonscrite herpétiforme de Neumann, de lichen ruber verruqueux. C'est justement là ce caractère verruqueux qui peut créer l'erreur et, si théoriquement les deux maladies sont séparées par un abîme, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Gaucher, pratiquement il y a parfois lieu d'être embarrassé pour les distinguer. Il en fut ainsi pour le cas de Mac Leod, 1904. Le lichen hypertrophique peut en effet, donner des placards de la surface d'une pièce de 2 francs, annulaires, souvent confluent, d'où formation d'une grande plaque. Leur surface est bosselée, irrégulière, râpeuse, cornée, très dure, séparée par quelques sillons en saillies papillomateuses cornées, plus ou moins losangiques. Dans quelques cas, l'aspect est celui d'une tuberculose verruqueuse. Le siège de ce lichen hyperkératosique est presque toujours la partie antérieure de la jambe, mais la tuberculose verruqueuse peut s'y voir aussi. La surface n'est pas fissuraire, il y a bien des sillons, mais jamais de fissures exulcérées, avec suppuration d'abcès miliaires, comme dans la tuberculose verruqueuse. Toutefois, Hallopeau, Brocq, ont décrit des cas de lichen avec lésions trichophytoïdes, ce qui prouve qu'aucun caractère ne saurait être absolu. La plaque de lichen est très prurigineuse; enfin, il est fréquent de retrouver à son voisinage ou aux lieux d'élection des

éléments typiques de lichen plan (Brocq). A la loupe, on voit la surface criblée d'orifices sudoripares, ou folliculaires porokératosiques très nombreux, oblitérés ou non par de petits cônes épidermiques. Le diagnostic sera donc en général aisé.

Dermatomycoses. — Lorsque l'on consulte les travaux même récents, sur la tuberculose verruqueuse, Angibaud 1891, Du Castel 1892, Gaucher 1895, Robeff 1896, on voit encore le diagnostic de la tuberculose verruqueuse, soigneusement établi avec les *périfolliculites conglomerées* en placards de Leloir et Duclaux, les *périfolliculites suppurées*, agminées en plaques de Quinquaud et Pallier. La clinique était souvent impossible à le faire : siège, aspect morphologique, étaient souvent identiques. Nous avons déjà vu que ce groupe de *périfolliculites* n'était actuellement plus admis, et qu'il comprenait des trichophyties cutanées et des tuberculoses verruqueuses. Celle-ci peut en effet, revêtir une forme trichophytoïde et simuler les trichophyties et, d'une façon générale, toutes dermatomycoses,

Trichophyties. — Les trichophyties des parties glabres peuvent, dans certains cas, prendre un aspect verruqueux et former des plaques surélevées, rugueuses et suppurantes, avec même des végétations papilliformes. D'autre part, la tuberculose verruqueuse peut prendre un aspect trichophytoïde des plus caractéristiques, ainsi que l'indiquent Leloir, Besnier, par suite de la multitude des petits abcès miliaires d'où la pression fait sourdre du pus, comme d'une pomme d'arrosoir ou d'une écumoire.

Une guérison centrale et une activité périphérique peuvent se voir dans les deux cas. Le diagnostic entre les deux affections sera donc parfois difficile, d'autant plus, que la localisation est souvent la même, parties découvertes, et qu'elles surviennent chez des gens prédisposés le plus souvent aux deux : cochers, palefreniers, cultivateurs, gens en rapport avec du bétail, la trichophytie des parties glabres étant généralement d'origine équine. Mais dans la trichophytie, la suppuration est plus abondante, la guérison plus rapide. S'il y a guérison au centre de la plaque, il n'y a pas de cicatrice ; enfin, le traitement antitrichophytique de la lésion, par des badigeonnages de teinture d'iode, en aura rapidement raison. Dans le pus, dans les squames on retrouve le champignon parasite, soit par les colorations, soit par les cultures. Dans un de nos cas (obs. X), l'aspect trichophytoïde était des plus nets, le diagnostic présumé d'après l'aspect et l'étiologie (auto-inoculation chez un tuberculeux pulmonaire) fut affirmé par l'examen histologique.

Dans les régions velues, le diagnostic n'en présente pas moins de difficultés. La lésion du menton de notre observation VIII pouvait faire hésiter, d'après le simple aspect objectif en dehors de la circination si caractéristique, entre du sycosis parasitaire de la barbe, de la tuberculose verruqueuse et de la syphilis tertiaire végétante à forme papillo-cornée ; ce dernier diagnostic fut porté, il fut démontré exact.

Blastomycose. — A côté des trichophyties et d'un diagnostic beaucoup plus difficile sont les blastomycoses. Cette affection, isolée et décrite en 1896 par

Gilchrist, est surtout fréquente en Amérique, mais des cas, chaque jour plus nombreux, en sont signalés en Europe et même en France, depuis que la nature en est mieux connue. Un peu protéique dans son aspect, elle revêt volontiers et fréquemment un type verruqueux simulant cliniquement la tuberculose verruqueuse, le lupus scléreux et papillomateux (Gilchrist, Fordyce, Meneau, Oppenheim, Krause, Schelmire, Bowen, White Primrose). De par le seul aspect objectif papillaire, avec abcès miliaires interpapillaires, nous voyons constamment les auteurs hésiter entre de la tuberculose verruqueuse et des syphilides tertiaires ou de la blastomycose, avant d'affirmer leur diagnostic par les examens bactériologiques et les inoculations.

Dubreuilh, au Congrès de dermatologie de Berlin, 1904, rapporte un cas qu'il a observé à Bordeaux, chez un individu n'ayant pas quitté la France. La lésion fut prise par lui pour de la tuberculose verruqueuse, et ce n'est que par l'examen histologique que le diagnostic de blastomycose fut fait. A ce propos, résumant la question, il dit :

« La maladie apparaît en un point quelconque du tégument, mais le plus souvent à la face, à la main ou au pied ; elle débute par un nodule rougeâtre, dur, superficiel, un peu douloureux, qui se surmonte au bout de quelques jours d'un point jaune. C'est un abcès miliaire qui s'ouvre et laisse échapper un peu de pus épais. Le nodule grandit et s'étend ; les abcès miliaires se succèdent et il se forme un placard papillomateux bien limité, irrégulier, de consistance assez ferme, infiltré, mais mobile sur les parties profondes et

n'occupant que les parties superficielles du derme. La surface du placard est mamelonnée, papillomateuse, les papilles étant de volume inégal, plus ou moins serrées, parfois masquées par une croûte formée par la dessiccation du pus et du suintement qui est souvent fétide. Par la pression on peut faire sourdre un pus épais. Le bord de la plaque est formé par un talus abrupt, rouge terne avec quelques points jaunâtres qui sont des abcès miliaires. Le placard s'étend excentriquement d'une façon irrégulière, parfois certaines parties se cicatrisent spontanément. Les lésions un peu anciennes sont quelquefois verruqueuses et sèches et ne présentent plus d'abcès miliaires, d'autres sont quelquefois un peu ulcéreuses. »

Les analogies sont d'autant plus grandes avec la tuberculose verruqueuse que, comme celle-ci, la blastomycose est une dermatomycose d'inoculation externe. Celle-ci peut être primitive. Evans a rapporté le cas d'un médecin qui s'inocula la blastomycose en faisant l'autopsie du cas de Ormsby et Miller ; dans ces inoculations primitives, il peut y avoir des généralisations viscérales, notamment pulmonaires, ressemblant beaucoup à la tuberculose pulmonaire cliniquement et anatomiquement. Dans d'autres cas il y a auto-inoculation secondaire à ces lésions blastomycosiques pulmonaires primitives. Il y a donc là des faits tout à fait superposables à ceux que nous avons décrits pour la tuberculose verruqueuse. C'est, somme toute, une confirmation de l'hypothèse de Thibierge, en 1891, pour qui il existe peut-être des tuberculoses verruqueuses zoogléliques, ou même dues à d'autres parasites

que le bacille de Koch, tel l'*Aspergillus fumigatus*. Cette difficulté de diagnostic de la blastomycose et de la tuberculose verruqueuse est réelle, Dubreuilh, faisant le diagnostic de la blastomycose, dit : « Les analogies les plus frappantes sont avec la tuberculose et surtout la tuberculose verruqueuse. Dans mon cas, j'avais fait sans hésitation le diagnostic de tuberculose verruqueuse, il en a été de même dans nombre d'observations américaines ; l'erreur est surtout difficile à éviter quand les lésions siègent aux extrémités, la ressemblance est alors absolue entre la blastomycose et la tuberculose verruqueuse, ou le lupus toujours plus ou moins verruqueux dans cette région. On peut seulement remarquer que la tuberculose verruqueuse est un peu plus douloureuse, que le placard est un peu plus violacé et qu'on trouve habituellement l'origine de l'inoculation. A la face, la distinction est plus facile parce que la blastomycose de la face est nettement et franchement papillomateuse, alors que la tuberculose cutanée de la face présente l'aspect de la gomme ou du lupus, mais n'est habituellement pas papillomateuse. Cette règle n'est cependant pas sans exception, car on connaît les lupus végétants et framboisés du nez. » Nous avons décrit dans notre étude de la tuberculose verruqueuse des lupus scléreux et papillomateux, des tuberculoses papillomateuses du type de P. O. Morrow de la face ayant tout à fait cet aspect.

L'examen clinique seul est donc impuissant à permettre de trancher le diagnostic entre les deux. Il faut faire des coupes et des colorations histologiques et bactériologiques, mais nous avons vu, en discutant la

spécificité des cellules géantes et follicules tuberculeux dans la tuberculose verruqueuse, que ces formations n'étaient pas absolument spécifiques de la nature tuberculeuse. La cellule géante, les cellules épithélioïdes sont à peu près constantes dans la blastomycose, elles se retrouvent dans le plus grand nombre des observations; si parfois, du petit nombre de ces cellules géantes, de la dispersion des cellules épithélioïdes, l'on peut se croire autorisé à rejeter la tuberculose, il est des cas où se voient les follicules les plus typiques avec un même siège dans le corps papillaire. Aussi, seule la constatation du bacille de Koch, l'inoculation tuberculeuse expérimentale au cobaye positive, dans un cas, la présence des blastomyces, reconnue par les colorations et par les cultures, dans l'autre, peuvent séparer ces deux affections.

Nous avons pensé qu'il était nécessaire d'indiquer ici assez longuement la possibilité d'un diagnostic de la tuberculose verruqueuse avec la blastomycose. Cette affection, très discutée jusqu'ici, tend, en effet, de plus en plus à être admise comme entité nosologique cutanée; peut-être, n'est-elle pas si rare qu'on le croit? N'en sera-t-il pas pour elle comme pour l'actinomycose? Ne sera-t-elle pas reconnue assez fréquemment en Europe et en France lorsqu'elle sera mieux étudiée et mieux connue?

Actinomycose. — L'actinomycose cutanée primitive peut, dans certains cas, végéter, prendre un aspect papilliforme et le diagnostic en est difficile avec la tuberculose verruqueuse ainsi que l'indique Jadassohn, 1899. De même, il est des formes décrites par Poncet et Bérard

dans leur *Traité clinique de l'actinomyose humaine*, qui peuvent rappeler des formes trichophytoïdes de tuberculose verruqueuse. Ces cas sont rares et, si la lésion présente par points cet aspect, il y a le plus souvent en son voisinage des lésions actinomycosiques ordinaires, soit à leur période nodulaire de début, soit à leur période d'ulcération avec écoulement de pus contenant des grains jaunes où l'on peut mettre en évidence l'*Actinomyces bovis*.

Dans le diagnostic de ces dermatomycoses, nous nous sommes abstenu d'insister sur les caractères spéciaux des différents parasites : trichophyton, blastomyces, actinomyces et sur la façon de les rechercher : ceci nous aurait entraîné trop loin. On trouvera la description de ces agents faite à l'étude des différentes dermatomycoses, dans les traités de dermatologie, ou dans l'article général de Bodin sur les dermatophytes dans la *Pratique Dermatologique*, ou dans sa monographie des champignons parasites de l'homme (*Encyclopédie Léauté*).

Dermatoses exotiques. — Pour être complet, nous signalerons ici trois dermatoses exotiques auxquelles il y a lieu de songer dans leur pays d'origine : le pian, la verruga et le clou de Biskra.

Le *pian*, ou *yaws*, ou *framboesia*, ou *mycosis framboësiode*, est une maladie cutanée endémique des pays chauds, spécifique, inoculable et contagieuse, caractérisée par la formation sur la peau de tubercules muriformes dont la structure est celle du papillome (Brocq). Samberger croit qu'elle peut se développer spontanée-

ment dans nos pays. Après ulcération, il peut y avoir végétation papillomateuse, le plus souvent rosée, molle, mais parfois sèche et rugueuse.

La *verruca péruvienne* ou *verrucome de Carrion* est une dermatose particulière aux Andes péruviennes qui, dans sa forme cornée, peut revêtir l'aspect de la tuberculose verruqueuse cutanée, sur un élément particulier, mais la physionomie générale de la maladie est tout autre et le diagnostic sera toujours très facile dans le pays d'origine de la verruga.

Le *bouton de Biskra*, Algérie, de *Gafsa*, Tunisie, le *chancre du Sahara*, le *bouton du Liban*, le *bouton du Nil*, Egypte, d'*Alep*, Syrie, de *Bagdad*, Mésopotamie, du *Yemen*, Arabie, de *Dehli*, Hindoustan, c'est-à-dire le *bouton d'Orient* ou *des pays chauds* peuvent, dans certains cas, prendre la forme villeuse ou papillomateuse et, ainsi, simuler cliniquement la tuberculose verruqueuse ; histologiquement, il en est encore de même : Leloir, Jeanselme, les ont montré constitués par une hypertrophie papillaire considérable, avec hypercanthose et hyperkératose. Mais il n'existe pas de formations folliculaires tuberculeuses, ni de cellules géantes. Le diagnostic est cependant facile : à cause même de la localisation géographique en des points où la tuberculose cutanée, en général, est rare, et de l'évolution différente des deux affections.

Nous n'avons voulu que mentionner ces diagnostics sans les discuter, l'étude de ces affections permet facilement de les différencier de la tuberculose verruqueuse, on la trouvera dans le *Traité de dermatologie exotique* de Jeanselme, 1904.

CONCLUSIONS

En résumé le diagnostic de la tuberculose verruqueuse ne présente pas en général de véritables difficultés. Les affections avec lesquelles on peut être appelé à le faire sont surtout : les verrues, les papillomes, les syphilides tertiaires papuleuses cornées ou tuberculo-ulcéreuses végétantes, les épithéliomas papillaires, le lichen hypertrophique, le psoriasis verruqueux et les dermatomycoses trichophytiques ou blastomycosiques. Dans les cas douteux, ni la clinique, ni l'histologie ne peuvent permettre d'affirmer la tuberculose verruqueuse, seule la présence du bacille de Koch mis en évidence par des colorations sur des coupes, ou par l'inoculation positive au cobaye démontre la nature tuberculeuse de la lésion.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

De l'étude des complications lymphatiques, et de la possibilité constante des généralisations viscérales de la tuberculose verruqueuse, il ressort donc que c'est une affection d'un pronostic grave. Dès lors, le mode de traitement à appliquer ne saurait laisser indifférent. « S'il est une affection pour laquelle les moyens palliatifs doivent être écartés, c'est assurément la tuberculose d'inoculation à la peau, car le peu d'étendue des lésions prises à leur début, et leur siège même, le plus souvent font une règle de l'intervention active, en un mot du traitement curatif. Quelle responsabilité n'encourrait pas, en effet, celui qui, séduit par la délimitation quelquefois plus apparente que réelle, n'interviendrait pas énergiquement et laisserait de ce fait se développer un foyer tuberculeux, véritable réservoir de bacilles. » C'est ce qu'écrivait déjà Martin du Magny, en 1885, pour le tubercule anatomique et d'une façon générale pour toute tuberculose cutanée inoculée primitive. Dans la suite, beaucoup d'auteurs, même s'ils croient à une bénignité ordinaire de la tuberculose verruqueuse, pensent qu'il faut diriger contre elle un traitement curatif, énergique à cause de complications

générales possibles. Malheureusement ils le préconisent par des méthodes bien peu aptes à le donner dans les meilleures conditions.

Notre but n'est pas dans ce chapitre, de rapporter tout ce qui a été fait contre la tuberculose verruqueuse. Toute préparation, toute méthode ancienne ou moderne, employées contre le lupus, ont été aussi avec plus ou moins de succès suivant les auteurs, appliquées à la tuberculose verruqueuse. Si nous rappelons divers traitements, nous voulons surtout insister sur l'ablation, l'excision large, le seul traitement qui, à notre avis, soit vraiment efficace. L'on objectera que ce n'est pas là une méthode bien nouvelle. Déjà Péan, à l'hôpital Saint-Louis, l'avait proposée comme traitement de choix des lupus. Les vieux chirurgiens-majors de l'Antiquaille habitués à manier le bistouri ne l'ignoraient point. Horand, élève de Bonnaric, de Gailleton, de Dron, consacrant sa thèse à l'étude du lupus, 1865, conseille déjà l'exérèse. « En résumé, pour les lupus peu étendus se servir du bistouri toutes les fois que cela sera possible » écrit-il ; il est vrai que, chirurgien-major de l'Antiquaille il ne semble plus guère s'être souvenu de ce traitement.

Cette méthode, en effet, fut vraiment laissée par tous dans un oubli trop immérité. On la tenait en suspicion comme dangereuse et donnant de mauvais résultats. Ce n'est guère que depuis les travaux de Lang, Buschke, Berger, Nélaton, Morestin, les communications faites au Congrès de dermatologie de 1900, qu'on la voit remise en honneur. Dans ces toutes dernières années, les dermatologistes, à la suite des

chirurgiens, tendent de plus en plus à considérer les tuberculoses cutanées primitives, les lupus, comme des tumeurs malignes qu'il faut enlever en totalité. Cette évolution ne saurait être mieux marquée que par les opinions d'un même auteur à douze ans d'intervale. Brocq, dans la seconde édition de son « Traitément des maladies de la peau » donne : « l'ablation dont nous ne parlerons que pour mémoire, car elle ne met pas à l'abri des récidives et n'est possible que lorsque la lésion n'a que fort peu d'étendue ». Il insiste beaucoup sur le raclage, les scarifications et la cautérisation ignée. En 1905, au Congrès de la tuberculose, il soutient au contraire que « pour lui, l'ablation est de beaucoup la méthode de choix, toutes les fois qu'elle est possible ». Ce traitement chirurgical est certainement supérieur aux autres, mais il faut encore le défendre et en montrer la nécessité pour entraîner la conviction de tous. Au cours de nos semestres d'internat dans le service de M. le professeur Nicolas, à la Clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille, nous lui avons toujours vu défendre et faire appliquer, quand cela était possible, le traitement chirurgical des tuberculoses cutanées. Nous avons été frappés des résultats heureux obtenus; aussi, dans cette étude de la tuberculose verruqueuse nous verra-t-on longuement insister sur lui, passant rapidement sur le traitement général et les autres traitements locaux.

I. — TRAITEMENT INTERNE

C'est la thérapeutique de la tuberculose en général, qu'elle s'adresse au terrain qu'elle tente de modifier, ou à l'infection bacillaire qu'elle cherche à combattre directement. Si, à elle seule, elle est impuissante à amener la guérison, elle doit être instituée comme un adjuvant précieux de la thérapeutique locale. Nous n'insisterons pas sur les médicaments : *huile de foie de morue*, *arsenic*, *sirop iodotannique* sont les plus recommandables, comme traitement de fond.

Morel-Lavallée, 1888, avait cru pouvoir préconiser les *injections iodoformées* comme presque spécifiques. Elles agissaient dans la tuberculose verruqueuse non seulement en injections locales mais encore en injections générales, à distance. Les résultats ne furent jamais qu'inconstants et incomplets. Il en est de même de la *pilocarpine* préconisée par Joseph, 1895, et restée sans action dans les mains de Plonski, 1896.

La *tuberculine* a surtout été employée en Allemagne chez des malades de Knickenberg, Fabry. Elle donne une réaction, mais jamais elle n'a amené de guérison de tuberculose verruqueuse, pas plus que la *cantharide*.

Dans des études générales nous avons trouvé indiqué que le *calomel*, l'*huile grise*, ou le *traitement mixte* avaient donné de bons résultats pour des tuberculoses verruqueuses, améliorations rapides et guérisons. Nous n'avons pu retrouver les observations précises qui avaient motivé cette opinion. En dehors d'une consta-

tation de bacilles de Koch, ou d'une inoculation positive au cobaye, nous nous croirions en droit, après les récentes recherches de MM. Nicolas et Favre, de rejeter le diagnostic de tuberculose verruqueuse. La présence des cellules géantes ou de follicules dits tuberculeux, même abondants, n'est pas suffisante pour faire exclure la syphilis, surtout si la lésion guérit rapidement par le mercure et l'iodure.

II. — TRAITEMENT LOCAL

Tous les *topiques* connus, *pommades*, *caustiques* ont été employés contre la tuberculose verruqueuse. Le trop grand nombre de préparations préconisées est la meilleure preuve de l'inconstance des résultats et de leur inefficacité. Les plus en faveur sont les *pâtes résorcinées*, *salicylées*, à l'*acide pyrogallique*. On les trouve récemment encore conseillées : Leistikow, 1900, Joseph, et Trautmann, Schultz, Lesser qui semblent leur donner la préférence. Ce ne peut être qu'un traitement de mise alors que la méthode chirurgicale ou la cautérisation ignée sont impossibles, chez les tuberculeux viscéraux avancés.

La *méthode de Bier* a été préconisée par Miller, 1894, pour la tuberculose verruqueuse de la main et surtout des doigts. Cet auteur se base sur les théories de Rokitansky, Laennec, Niemeyer, Fagge, que toute cyanose est incompatible avec la tuberculose. Mauclore cite le cas de Woltersdorf qui atteint d'un tubercule anatomique rebelle de l'annulaire, guérit par cette

méthode en quatre mois. Ce n'est pas évidemment un traitement à conseiller.

Pour mémoire nous signalerons un cas de Deutsch, 1898, amélioré par *l'air chaud* suivant la méthode de Hollander.

Les *scarifications* ont été employées avec succès dans certains cas, mais les deux traitements qui ont partagé les faveurs des dermatologistes ont été le raclage suivi ou non de cautérisation, et la cautérisation ignée.

Raclage. — Le raclage a été préconisé depuis très longtemps par Vidal pour son *lupus scléreux*. Il le fut, dans la suite, pour la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, et le tubercule anatomique. Il fut aussi indiqué dans les formes papillomateuses de la tuberculose cutanée : il y donnait ses meilleurs résultats. Non seulement les dermatologistes, les médecins, Vidal, Besnier, Riehl, Merklen, Angibaud, Leloir, Robeff, Brocq, etc., défendent cette méthode, mais encore des chirurgiens, Hahn (1892), Buschke (1899), Foubard (1894), abandonnent pour elle l'exérèse au bistouri. M. le professeur Gaucher conseille le raclage dans les formes étendues.

Nous ne ferons ni l'étude de l'instrumentation, ni celle du manuel opératoire ; elle est traitée dans tous les ouvrages classiques de dermatologie. Cette méthode peut donner d'assez bons résultats, seule ou suivie de cautérisation. Le traitement est assez rapide, deux ou trois bons raclages suffisent souvent. Les cicatrices, avec un peu d'habileté, peuvent être assez souples et assez régulières. Toutefois, celles-ci ne sont jamais

parfaites, c'est pourquoi le raclage convient surtout aux lupus des membres. Quelques objections peuvent être faites. Dans l'intervalle des raclages l'infection n'est pas complètement éteinte, les généralisations peuvent encore se voir. Bien plus, celles-ci peuvent être favorisées par l'intervention elle-même : les veines, les lymphatiques sont ouverts largement au point même où le bacille est mobilisé par le raclage. Enfin, le raclage, si minutieux soit-il, ne peut facilement dépasser, tant en surface qu'en profondeur, la zone d'envahissement des lésions; *aussi les récidives sont-elles presque fatales.*

Cautérisation ignée. — C'est la méthode la plus courante à l'heure actuelle pour la tuberculose verruqueuse. Elle est aussi fort employée pour le lupus vulgaire. Besnier, Verchère (1884), Martin du Magny (1885), la préconisent déjà pour le tubercule anatomique. Barthélemy (1888) traite au Congrès de la tuberculose « du tubercule anatomique ou professionnel et de sa cure rapide par les pointes de feu fines et profondes ». Sa méthode, dit-il, met à l'abri de toute généralisation, et lui a valu neuf succès sur neuf cas traités. M. le professeur Gaucher est un des plus fermes partisans de la cautérisation ignée : « Le traitement par excellence de la tuberculose verruqueuse est la cautérisation ignée. Celle-ci doit être assez profonde et répétée pendant plusieurs séances. » Cours inédit de 1906, professé à l'hôpital Saint-Louis. Il rejette l'ablation chirurgicale qui peut donner des généralisations.

Les résultats obtenus par la cautérisation ignée sont certainement bons. On peut obtenir des guérisons définitives avec des cicatrices dans de bonnes conditions. Nous l'avons employée dans deux cas qui furent l'un et l'autre guéris. Dans l'un, tuberculose verruqueuse primitive, observation I, la guérison survint sans qu'il y eût jamais aucune propagation lymphatique. Dans l'autre, observation X, tuberculose verruqueuse d'auto-inoculation, chez un tuberculeux pulmonaire, accompagnée de ganglions axillaires, la guérison de la lésion locale fut suivie de rétrocession des ganglions. Il est vrai que dans ce cas, la lésion était très irritée, et que l'on pouvait se demander si l'adénite n'était pas due à une infection banale surajoutée.

La cautérisation ignée a l'avantage de ne pas exposer aux généralisations secondaires opératoires; mais elle constitue toujours un *traitement fort long*. Des mois, des années même, pendant lesquels le *malade conserve une épine bacillaire* qui peut être le point de départ d'une infection tuberculeuse généralisée. La tuberculose verruqueuse est beaucoup plus profonde qu'elle ne paraît; il faut toujours exciser très profondément pour dépasser les lésions. Il nous semble difficile avec des pointes de feu même profondes d'atteindre les limites du mal. Il persiste entre les pointes de feu ou au-dessous d'elles des lésions qui seront le point de départ de *récidives*. Pour obvier à cet inconvénient, M. Gaucher recommande un véritable *raclage igné* au thermocautère; nous le croyons encore insuffisant.

Néanmoins, la cautérisation ignée est le meilleur mode de traitement, après l'ablation chirurgicale;

elle sera de mise toutes les fois que celle-ci sera contre-indiquée.

Méthodes nouvelles. — Les méthodes nouvelles, la plupart dérivées de l'électricité, ne nous arrêteront pas. La *radiothérapie*, les *rayons Finsen*, ont été prônés et même ils ont pu donner quelques succès dans la tuberculose verruqueuse (Forchlammer). Mais il est bien évident que si ces méthodes peuvent parfois donner des résultats dans des lupus très superficiels, elles doivent rester sans action sur des formes cornées (Leredde). Tout au plus peut-on les considérer comme des méthodes adjuvantes et conseiller au besoin la radiothérapie et la photothérapie de la cicatrice, ce qui préviendrait les récidives (Leredde).

La *radiumthérapie*, méthode la plus récente, a donné à Danlos (1902) une amélioration pour un cas de lupus verruqueux du dos du poignet. Attendons qu'elle ait vraiment fait ses preuves avant de vouloir la substituer au traitement chirurgical.

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical a toutes nos préférences. Quel peut être, en effet, le meilleur traitement d'une tuberculose verruqueuse ? Evidemment, celui qui dans le minimum de temps donnera une guérison complète sans impotence fonctionnelle, avec une cicatrice le plus esthétique possible, et surtout avec un maximum de garanties contre les récidives et les infections secon-

daires. Le traitement chirurgical réalise-t-il ces conditions ? Nous n'hésitons pas à répondre oui, s'il est bien dirigé et si l'on prend certaines précautions.

L'ablation chirurgicale de la tuberculose verruqueuse est le traitement *le plus rapide*. La lésion est-elle limitée, ou même étendue en des points où les téguments sont facilement mobilisables, on recherche une réunion par première intention, et tout est terminé en quinze jours, trois semaines. Cette réunion par première intention peut être obtenue dans de nombreux cas, surtout si l'on use de la méthode des grands décollements préconisée par Morestin (1902). Sans doute, si la réunion immédiate est impossible, le traitement est plus long, soit qu'on laisse la cicatrisation spontanée se faire, soit que l'on pratique immédiatement ou secondairement des greffes. Mais, même dans ces cas, la durée du traitement n'excède pas trois ou quatre mois. Les tuberculoses verruqueuses de même étendue, traitées par les méthodes dermatologiques, même par la cautérisation ignée, durent indéfiniment, s'atténuant seulement pour reparaître ensuite.

L'ablation chirurgicale donne-t-elle une *guérison complète* ? Au point de vue des résultats immédiats, il est certain que, dans la généralité des cas, les malades paraissent parfaitement guéris. Nous dirons même toujours si l'intervention est faite largement en dépassant les limites du mal en surface et en disséquant profondément les lésions. Quelques auteurs ont rapporté des *récidives précoces* : nous nous demandons s'il ne faut pas les attribuer à une exérèse insuffisante ou à une faute de technique, par inoculation des

bords au moment de l'intervention. Dans un de nos cas, nous avons eu une récurrence locale, due probablement à une ablation insuffisamment large.

Les *résultats éloignés* des ablations de tuberculoses verruqueuses sont *excellents*. Beaucoup d'auteurs et Foubard lui-même qui défend cette méthode, pensent que l'exérèse ne met pas à l'abri des récurrences. Nous croyons celles-ci exceptionnelles après une ablation large et bien conduite. Sans doute, il est difficile d'apprécier la fréquence de ces récurrences : les cas opérés sont présentés peu après la guérison, et les observations publiées sont rarement complétées dans la suite. Toutefois, de la lecture des travaux des auteurs qui ont pratiqué, ou fait faire de nombreuses interventions, il se dégage que les *récurrences sont très rares* (Buschke, 1899 ; Lang, 1899 ; Fabry, 1900 ; Stanser et Bowker, 1903 ; Jadassohn, Nobl, Morestin).

Donc, au point de vue local, l'ablation chirurgicale large donne une guérison parfaite. Le foyer tuberculeux local est supprimé ; tout danger d'infection secondaire généralisée a-t-il disparu ? Il y a lieu de distinguer les cas où déjà existaient des propagations lymphatiques, adénites, et ceux où la lésion verruqueuse semblait exclusivement locale. Dans les premiers, le sujet étant porteur de lésions bacillaires, une généralisation est encore susceptible de se produire. A la suite du traitement, l'on peut voir parfois une régression des ganglions, mais mieux vaut, semble-t-il, ne pas trop y compter, et Cros, dans sa thèse, conseille d'extirper les noyaux de généralisation, les ganglions, l'infection tuberculeuse y restant un certain temps bien localisée.

Parfois, à la suite du traitement opératoire, soit immédiatement, soit dans la suite, l'on peut voir des *propagations lymphatiques immédiates* ou *tardives*, ou des *généralisations viscérales rapides*. Celles-ci doivent être imputées à la pénétration du bacille de Koch dans les veines au moment de l'intervention : c'est une complication très rare qui néanmoins a beaucoup effrayé les opérateurs non seulement pour la tuberculose verruqueuse, mais encore pour toute tuberculose chirurgicale locale. C'est le coup de fouet opératoire. Nous croyons que pareil accident n'est guère à craindre lorsqu'on enlève la tumeur d'un seul bloc par une incision en dehors de la zone d'envahissement bacillaire et au-dessous d'elle, de telle sorte que l'on ne mobilise pas directement le bacille. Les propagations lymphatiques immédiates peuvent s'expliquer par un mécanisme analogue, sauf que l'absorption du virus tuberculeux se fait par les vaisseaux lymphatiques superficiels. Cet accident est plus fréquent : chez le même malade, où nous avons eu une récurrence locale, consécutivement à l'opération il y eut une lymphangite tuberculeuse pauci-nodulaire à foyers isolés. C'est à la suite de ce cas, et pour éviter cette propagation lymphatique, que M. Durand, chirurgien des Hôpitaux, a eu l'idée d'interrompre les lymphatiques efférents de la lésion à quelques centimètres au-dessus d'elle, par une incision allant jusqu'à l'aponévrose superficielle. Dans deux cas, où il a été usé de cet artifice, il ne s'est produit aucune propagation lymphatique.

Dans notre observation II, tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive, le malade opéré chirurgicale-

ment ne présentait ni adénite, ni lymphangite tuberculeuse au moment de l'intervention (mars 1906). Revu deux mois plus tard, il en était de même, mais examiné un an après (mars 1907), il était porteur d'une adénite axillaire marquée du côté correspondant à son ancienne tuberculose verruqueuse, sans que celle-ci ait récidivé. Le traitement chirurgical semble donc ici en défaut, ayant été insuffisant à prévenir les propagations lymphatiques. Nous croyons que ce fait doit s'expliquer par une infection des ganglions, non perceptible cliniquement, antérieure à l'opération. Des bacilles déjà cantonnés à ce niveau par propagation secondaire ont continué à coloniser et ont donné une adénopathie bacillaire. Ceci nous montre donc la gravité réelle de ces tuberculoses verruqueuses, d'autant plus que notre malade semble faire de la tuberculose du sommet du poumon correspondant. De tels cas ne justifient-ils pas l'assimilation que nous faisons de la tuberculose verruqueuse cutanée d'inoculation primitive aux tumeurs malignes cutanées. N'est-on pas en droit de se demander si, dans ces cas, il ne faut pas chirurgicalement poursuivre l'infection le plus loin possible, pour être sûr de l'arrêter ? En présence d'un épithélioma des lèvres ou du sein, l'on pratique systématiquement l'extirpation des ganglions sous-maxillaires ou axillaires. Nous n'oserions conseiller une pareille méthode pour tous les cas de tuberculose verruqueuse, mais, toujours les ganglions doivent être soigneusement examinés et enlevés lorsqu'ils sont pris. Nous croyons, en effet, que dans les tuberculoses verruqueuses avec propagations lymphatiques, la

virulence est toujours grande, et donne presque fatalement, tôt ou tard, des généralisations viscérales. Nous savons qu'en écrivant ces lignes, nous allons à l'encontre de la conception pronostique bénigne que beaucoup d'auteurs ont de la tuberculose verruqueuse. Nous reconnaissons qu'il est des cas assez nombreux où cette affection reste indéfiniment torpide, mais nous répétons qu'il est impossible de prévoir quelle sera l'évolution d'un tubercule anatomique, d'une tuberculose verruqueuse primitive. En les enlevant complètement nous faisons œuvre réelle de prophylaxie tuberculeuse. En conseillant l'ablation, nous serions heureux d'entraîner la conviction que, souvent, l'on évite au malade une généralisation viscérale, et cela d'autant plus que le traitement chirurgical par lui-même est simple et sans danger.

Rapidité et efficacité ne sont pas les seuls avantages de ce traitement chirurgical, il y a lieu de considérer aussi les résultats fonctionnels et esthétiques. La tuberculose verruqueuse superficielle n'entraîne par elle-même, en général, que fort peu de troubles fonctionnels ; elle n'est pas mutilante. Mais parfois, surtout dans les tuberculoses verruqueuses étendues, et à la suite du traitement, il se produit une sclérose cicatricielle si marquée que les mouvements des doigts de la main, du pied sont gênés. Dans le lupus déformant de Kuttner, rentrent plusieurs cas de tuberculose verruqueuse ; souvent aussi, il se produit une rétraction aponévrotique de la main et des doigts. Celle-ci d'ailleurs peut se trouver en coexistence (obs. I) avec la tuberculose verruqueuse, en dehors d'elle, fait

qui ne doit pas étonner puisque beaucoup d'auteurs considèrent actuellement les rétractions des aponévroses palmaires et plantaires comme de nature tuberculeuse. Le traitement chirurgical avec les nombreuses méthodes de chirurgie réparatrice dont on fait suivre l'exérèse permet d'obtenir des *résultats fonctionnels excellents*. Bien plus, il est parfois nécessaire, secondairement aux autres méthodes ; pourquoi ne pas l'employer de suite ? Salzer, en 1888, décrit un cas de tuberculose verruqueuse de la main droite, dont le traitement par des caustiques avait entraîné une impotence fonctionnelle, par rétraction cicatricielle, il fit une exérèse des masses cicatricielles et recouvrit la perte de substance par des greffes. Tout alla bien, et la main retrouva sa complète fonction.

Les *résultats esthétiques* obtenus par l'ablation chirurgicale soutiennent aisément la comparaison avec ceux donnés par les autres méthodes. Il faut d'ailleurs remarquer qu'ils sont un peu secondaires dans la tuberculose verruqueuse. Si le lupus vulgaire siège surtout à la face, celle-ci est surtout une affection des membres, parties moins visibles. Toutes les fois qu'il y a eu réunion par première intention, il ne reste qu'une cicatrice linéaire facilement dissimulable. Dans les cas où la cicatrisation est abandonnée à elle-même, la plaie étant bien surveillée, l'on obtient des cicatrices non exubérantes et assez régulières. Dans les cas de greffes, pratiquées surtout pour les tuberculoses étendues ou en des points où les téguments sont peu mobilisables, les résultats éloignés sont bons et supérieurs aux cica-

trices souvent difformes et rétractiles que donnent fréquemment les autres méthodes.

Le traitement chirurgical est donc, rapide, efficace, excellent au point de vue fonctionnel et esthétique. Tenté depuis longtemps, s'il a été rejeté, c'est que beaucoup d'auteurs croient à la bénignité de la tuberculose verruqueuse, que d'autres craignent qu'il ne soit le point de départ de généralisations, alors qu'il a pour but de les empêcher. Tous ces points ont été réfutés. Enfin, les grandes pertes de substance cutanée nécessaires dans les formes étendues ont pu faire reculer autrefois les plus interventionnistes, mais aujourd'hui, dans la plupart des cas, l'opérateur peut tirer un tel parti de la chirurgie cutanée réparatrice, que cette considération ne saurait plus l'arrêter. C'est pour ces raisons que nous voyons l'exérèse chirurgicale de plus en plus pratiquée dans ces dernières années et pour des cas de plus en plus étendus.

Les cas de Reverdin et Mayor, 1887, Dubreuilh et Auché, 1890, furent excisés. Salzer, 1888, est le premier, à notre connaissance, qui ait employé les greffes dans la tuberculose verruqueuse; nous avons vu dans quelles conditions. Broca, dès 1889, considère l'éradication comme le traitement de choix. Plus tard, 1897, il sera d'un même avis : « L'éradication du mal est la méthode de choix. Suivant la profondeur et l'étendue de la tuberculose, l'opération sera très simple ou, au contraire, nécessitera une amputation, le sacrifice d'un doigt par exemple. S'il y a une adénopathie concomitante, l'extirpation des ganglions est indiquée » (Broca, in *Traité de chirurgie*, 1897).

Tardivel, 1891, recommande l'exérèse : il n'a guère en vue que les tubercules anatomiques. Etienne, 1894, conseille l'extirpation avec greffes. Foubard, 1894, rapporte dans sa thèse trois cas traités chirurgicalement : 1° lupus verruqueux de la main, ablation, suture, guérison ; 2° lupus verruqueux du cou-de-pied, extirpation, suture, suppuration, guérison par seconde intention ; 3° lupus verruqueux du mollet très étendu, ablation, greffes de Reverdin, guérison en cinq semaines. Il n'a vu ni récurrences, ni adénite tuberculeuse consécutive. Stiéda, 1895, publie les heureux résultats qu'il a obtenus par l'exérèse et les greffes de Thiersch dans le lupus. Il cite, en particulier, un cas de tuberculose verruqueuse étendue de l'avant-bras et de la main qui a guéri sans récurrence après excision et transplantation en plusieurs points de morceaux aussi grands et aussi minces que possibles.

X. Delore, en 1897, fait une excision de tuberculose verruqueuse du talon et obtient une guérison par suture immédiate. Rosenthal, 1898, rapporte l'observation d'une tuberculose verruqueuse de la face dorsale de la main excisée et réparée par des greffes de Thiersch, avec succès et sans récurrence. Cros, 1899, qui conclut dans sa thèse à la fréquence de la tuberculose viscérale généralisée consécutive aux tuberculoses cutanées d'inoculation, est fermement partisan de l'exérèse des tuberculoses verruqueuses, même quand il y a généralisation viscérale ; il conseille aussi d'enlever les ganglions engorgés. Jadassohn, 1899, constate que le meilleur traitement, celui qui donne le plus de succès, est l'excision. Buschke, 1899, après Lang, Fabry,

Cramer, Urban, Bruns, Stieda, défend l'extirpation radicale des lupus. Il apporte dix-huit cas, datant d'au moins trois à quatre ans ; un concerne une tuberculose verruqueuse disséminée ; sur la main et le pied droits il a fait une excision avec greffes de Thiersch et Krause. Il a obtenu un bon résultat fonctionnel sans récurrence.

Lang, 1899, pratique l'excision avec greffes épidermiques par la méthode de Thiersch d'un lupus papillaire étendu du dos du pied et de l'articulation tibio-tarsienne. Il obtient un excellent résultat.

Eynard, 1899, consacre sa thèse au traitement chirurgical des tuberculoses cutanées ; il recommande d'après les idées de Lang, de Nelaton et de son maître, le professeur Perrin, l'extirpation des tuberculoses cutanées : les greffes dermo-épidermiques lui paraissent donner de bons résultats.

Fabry, 1900, conseille d'enlever la tuberculose verruqueuse par l'excision aussitôt le diagnostic fait. Dainville, 1901, extirpe une tuberculose verruqueuse de la langue et obtient une réunion par première intention. Morestin, 1902, communique au Congrès de chirurgie sur les grands décollements en chirurgie réparatrice. Il apporte une observation intéressante de lupus de la fesse, où cette méthode fut appliquée. Stanser et Bowker, Leaf, 1903, enlèvent, avec réunion par première intention, des tuberculoses cutanées siégeant à la face dorsale des doigts ou sur l'avant bras. Audry et Dalous, 1903, recommandent l'excision des tubercules anatomiques. Leur élève Bourras, soutient que c'est le traitement de choix et qu'il doit être très pré-

coce. Il n'hésite pas à recommander l'amputation d'un doigt si cela est nécessaire; les ganglions engorgés doivent être enlevés. Darier, 1903, préconise l'ablation toutes les fois que l'on peut tout enlever et réunir facilement. Nielsen, 1904, à l'occasion du cas de Forchlammer guéri par les rayons Finsen, conseille l'excision et la suture. Nobl, 1905, considère aussi que pour la tuberculose verruqueuse, le seul traitement efficace est l'extirpation radicale et la suture, bien supérieure aux autres méthodes. Morestin, 1905, présente à la Société anatomique de Paris un cas : lupus de la face dorsale de la main et des doigts consécutif à une tumeur blanche d'une des articulations du médius avec lymphangite tuberculeuse, extirpation, greffe italienne. C'était un lupus vrai avec points de tuberculose verruqueuse. Il a obtenu d'excellents résultats locaux et la lymphangite n'a pas progressé à la suite de l'intervention.

Dans ce cas, M. Morestin n'avait pas touché à la lymphangite, mais, l'année suivante, 1906, pour un cas de tuberculose ulcéreuse de la main avec ganglions épitrochléens et axillaires, il pratique l'extirpation de ceux-ci en même temps que l'exérèse des lésions ulcéreuses. M. Morestin pense donc qu'il faut traiter chirurgicalement les tuberculoses cutanées, et enlever les noyaux secondaires; de fait, cette méthode lui a toujours donné de bons résultats.

9 de nos observations (6 recueillies dans le service de M. le professeur Nicolas, 3 dues à M. Morestin) concernent des ablations chirurgicales avec suture ou chirurgie réparatrice suivant divers procédés. Les résul-

tats locaux ont toujours été bons même dans des cas très étendus. Dans un seul cas, déjà mentionné, il y a eu une récurrence locale avec d'ailleurs propagation lymphatique; elle peut s'expliquer par une intervention insuffisamment large. Dans deux cas où il y avait des propagations lymphatiques, nous ne sommes pas intervenus sur elles, une fois, (Obs. III) parce qu'il s'agissait d'un malade en mauvais état général, déjà tuberculeux pulmonaire; une autre, (Obs. V) parce que l'adénite fut plutôt rapportée à de l'inflammation banale; de fait, elle rétrocéda après l'exérèse de la lésion verruqueuse.

L'ablation chirurgicale est donc le meilleur mode de traitement de la tuberculose verruqueuse. Elle doit être pratiquée toutes les fois que cela est possible. Les *contre-indications* en sont rares. Dans les cas d'auto-inoculations chez des tuberculeux pulmonaires avancés elle est inutile. Ces malades supportent mal les interventions et il vaut mieux leur éviter une anesthésie générale, toujours désagréable. Dans les cas de tuberculoses verruqueuses par trop étendues, occupant tout un membre, par exemple l'avant-bras et le bras, elle ne saurait être de mise, la plaie ne pourrait se réparer sans grand dommage, ni spontanément, ni par autoplastie. C'est dans ces formes, que l'on préférera la cautérisation ignée. Dans tous les autres cas, l'ablation devrait être la règle. Les cas d'auto-inoculation secondaire à une lésion tuberculeuse sous-cutanée ou profonde, ouverte à la peau, ne sont pas une contre-indication, contrairement à Némorin, 1904, pour qui le curettage de la lésion, suivi de thermo-cautérisation

est le seul traitement utile. Dans ces cas, il faut enlever la plaque verruqueuse chirurgicalement en même temps que l'on enlève en totalité le foyer tuberculeux, s'il est simplement sous-cutané (gomme, adénite tuberculeuse). Si la lésion initiale est profonde, osseuse, c'est par son traitement simultané que l'on pourra avoir une guérison définitive de la lésion cutanée (Adenot, Morestin). Les cas d'inoculation primitive, sont toujours justiciables de l'ablation et c'est elle seule qui convient ; s'il y a déjà des propagations lymphatiques, il ne faut pas hésiter à extirper aussi les ganglions (Broca, Cros, Jadassohn, Morestin).

Nous ne voulons pas insister sur la *technique opératoire*. Nous donnerons simplement le procédé qui nous paraît le meilleur pour obtenir une éradication locale complète et éviter la généralisation. Nous indiquerons ensuite comment on peut tirer parti de la chirurgie cutanée réparatrice.

1° Nous conseillons dans tous les cas de tuberculose verruqueuse un peu étendue d'*interrompre les lymphatiques* efférents superficiels de la lésion ainsi que le recommande M. Durand. Pour cela, dans les jours qui précèdent l'intervention sur la lésion tuberculeuse, ou le jour même de l'opération, on fera, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la plaque verruqueuse, une incision la débordant en largeur et s'étendant en profondeur jusqu'à l'aponévrose superficielle. Cette incision sera unique, lorsque la plaque verruqueuse n'aura pas de dimensions trop grandes. Parfois, à cause de la grande étendue des lésions, cette incision devrait comprendre toute la demi-circonférence d'un membre, ce

qui créerait un demi-bracelet ou une demi-jarretière fibreuse, et pourrait entraîner dans la suite des désordres de la circulation veineuse superficielle. Aussi, vaut-il mieux alors faire une interruption en escalier, constituée par deux ou trois incisions superposées, séparées par un espace de 1 à 2 centimètres, se recouvrant les unes les autres sur 1 à 2 centimètres (Obs. V). Ceci a pour but d'arrêter la propagation des bacilles par la voie lymphatique. On pourrait objecter que les lymphatiques profonds restent toujours perméables ou, qu'enfin, il existe des anastomoses avec les lymphatiques superficiels non sectionnés. Mais cliniquement l'infection se fait par les lymphatiques superficiels et par une voie directe. Deux fois, cette incision a été pratiquée (Obs. IV, V) ; dans les deux cas il n'y a eu aucune propagation, l'un pourtant, s'était accompagné, lors d'une précédente intervention d'une lymphangite pauci-nodulaire.

2° *L'exérèse de la lésion doit être faite largement*, en dépassant les limites de l'infection tuberculeuse cutanée. Pour cela, il faut se tenir un peu en dehors de la zone érythémateuse elle-même. L'anesthésie générale est préférable, surtout pour les lésions étendues. Pour les doigts, pour de petites plaques, l'on peut employer l'anesthésie à la cocaïne. L'anesthésie locale au chlorure d'éthyle est absolument à rejeter : elle ne permet pas de se rendre compte de l'envahissement des lésions. Il faut sectionner d'abord la peau, puis profondément le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'au plan aponévrotique. L'on dissèque alors la lésion en la relevant avec une pince à griffes, et se maintenant le plus

possible dans la profondeur. Il faut éviter de couper dans le tissu infiltré. Cette technique permet de rester constamment en dehors de l'infiltration tuberculeuse. On évite ainsi les auto-inoculations aux bords de la plaie et, plus tard, les récidives locales.

La lésion, lors des interventions, est toujours trouvée beaucoup plus profonde qu'elle ne paraissait ; au doigt, à la main, au pied, il faut aller jusque sur les gaines. Dans notre cas du cou de pied et de la jambe, il fallut disséquer profondément jusque sur les muscles et les aponévroses. Quelques auteurs conseillent de faire suivre cette ablation d'une cautérisation ignée ou caustique. Si elle a été large, nous croyons qu'elle est inutile et ne peut que gêner la *cicatrisation*.

Dans quelles conditions celle-ci va-t-elle se faire ?

Suture. — Réunion par première intention. —

Il faut rechercher la réunion par première intention toutes les fois qu'elle est possible. Il en est ainsi quand la tuberculose verruqueuse est de faibles dimensions, quand elle siège sur une peau peu adhérente aux tissus, c'est-à-dire, en un mot quand le glissement peut être suffisant pour ramener les lèvres au contact. C'est le traitement qui donne le plus rapidement la guérison, dix, quinze jours, et laisse la cicatrice la moins visible. Cette exérèse avec suture, toujours simple et facile, a été pratiquée chez trois de nos malades : observation III, tubercule anatomique du pouce et tuberculose verruqueuse du bord radial du poignet, où malgré l'étendue

des lésions, la suture immédiate put être obtenue dans de bonnes conditions avec guérison. Onze jours après, observation IV, tuberculose verruqueuse de la face antérieure du poignet; observation VII, tubercule anatomique de la face interne de l'index.

La suture immédiate peut être obtenue dans des cas de lésions très étendues où de prime abord il semble que l'on ne puisse rapprocher les deux lèvres de l'incision et cela grâce au procédé des *grands décollements*, indiqué par Morestin, au Congrès de Chirurgie, 1902. Nous n'en donnerons pas ici une étude complète. Il consiste en une « séparation de la peau de l'aponévrose sous-jacente, par destruction des tractus cellulieux qui, du derme vont au plan fibreux sous-jacent. Il faut pousser le décollement de proche en proche, aussi loin qu'il le faut pour que la peau se laisse attirer, modeler et fixer ». Quelquefois ce décollement sera de dix et quinze centimètres. « Mieux vaut un décollement beaucoup plus étendu, qui permette d'affronter sans traction qu'un rapprochement imparfait et forcé des lèvres de la plaie. » Ce procédé a le gros avantage d'éviter les autoplasties par greffes, de supprimer les plaies d'emprunt, de supprimer les cicatrices, d'abrégier l'opération et de donner un excellent résultat esthétique. Il convient surtout pour les régions à peau très mobile, le cou, la paroi abdominale, la région pectoro-mammaire. Il est plus difficile à appliquer sur les fesses : Morestin l'a cependant utilisé avec succès pour une tuberculose verruqueuse de la fesse étendue, datant de dix-huit mois. Cette malade opérée en 1901, n'a pas eu de récédive. La guérison fut obtenue en vingt-six jours.

Dans d'autres cas, la suture est impossible à obtenir : ou bien on peut laisser la plaie se cicatriser d'elle-même, ou bien faire des greffes, immédiates ou consécutives.

Cicatrisation spontanée. — La cicatrisation spontanée bien surveillée, avec cautérisation des bourgeons charnus, exubérants, donne une cicatrice assez régulière. Il ne se produit pas de rétraction cicatricielle trop marquée, si l'on a le soin de surveiller la plaie, d'éviter que le malade n'immobilise la région opérée en une attitude vicieuse, surtout quand il s'agit des doigts de la main ou du pied. Les lésions dans ce cas, se réparent toujours lentement, un, deux, même trois mois, suivant l'étendue.

Dans nos observations, deux cas ont été traités par cette méthode. L'un, observation II, concerne une tuberculose verruqueuse du dos de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, assez étendue, où la réunion par première intention n'était assurée qu'aux extrémités ; le centre, par suite de la difficulté à rapprocher avait été abandonné à la cicatrisation spontanée. La réparation fut lente, trois mois, il n'y eut ni gêne fonctionnelle, ni récurrence. L'autre, observation XVI, due à M. Morestin, avait trait à un placard verruqueux du bord du poignet. La réparation y fut, aussi, lente.

Si la tuberculose verruqueuse se trouve trop étendue, la réunion immédiate impossible, la cicatrisation spontanée devant donner de mauvais résultats fonctionnels ou trop tarder, le mieux est de recourir aux *greffes*. Celles-ci peuvent être faites dès l'ablation, ou mieux

quelques temps après, lorsqu'on est sûr d'être à l'abri des récidives locales immédiates. Les greffes peuvent être faites par tous les procédés usités en chirurgie cutanée réparatrice. Nous n'en donnerons donc pas la technique, exposée dans tous les traités de médecine opératoire. Mais, y a-t-il un procédé qui s'impose? Non, il faut être opportuniste, et suivant les circonstances ou les régions, ou l'âge, employer les uns ou les autres.

Greffes d'Ollier-Thiersch. — Toutefois les *greffes dermo-épidermiques* nous paraissent mériter la préférence dans les tuberculoses des membres, surtout lorsqu'elle siègent en des régions relativement peu mobiles. Vautrin, Baur, Foubard, Stieda, Rosenthal, Lang, Eynard les recommandent. Ils rapportent de beaux succès pour des tuberculoses verruqueuses du dos de la main, du pied, du cou de pied, de la jambe ou de l'avant-bras. Il faut abandonner les greffes petites et minces de Reverdin, pour les transplantations de larges lambeaux dermo-épidermiques, par la méthode d'Ollier-Thiersch. Nous croyons que l'on a été grandement injuste envers cette méthode, en accusant ces greffes de ne pas prendre en général. Nous les avons vu pratiquer avec succès par plusieurs chirurgiens lyonnais. Notre observation V n'est-elle pas un beau résultat? Voici un malade à qui l'on est obligé de faire une perte de substance cutanée, de douze à treize centimètres de haut sur huit à dix de large, à la face antérieure du pied, du cou de pied et de la jambe. On leur applique huit lambeaux dermo-épidermiques d'Ollier, de un

centimètre, un centimètre et demi de large sur cinq ou six de long. Toutes ces greffes prennent : un mois après le malade est complètement guéri sans impotence fonctionnelle.

Méthode indienne. — Dans d'autres cas, la méthode indienne se trouvera indiquée. Dans notre observation XIV, M. Morestin tailla, pour une tuberculose verruqueuse de la malléole externe, un lambeau sur la partie antéro-inférieure de la jambe, avec pédicule postéro-inférieur.

Méthode italienne. — La méthode italienne donnera de très bons résultats fonctionnels. Elle n'aura que l'inconvénient, assez minime, étant donné le siège des lésions verruqueuses, de donner une coloration spéciale de la peau du point transplanté. Pour ces greffes italiennes, nous croyons qu'il y a intérêt à ne les faire que secondairement, quelque temps après l'extirpation de la lésion verruqueuse. Il faut avoir une plaie en bon état, où ne se manifeste pas de récurrence locale, sans-quoi on pourrait craindre d'infecter la région où est prélevé le lambeau. Le choix du lambeau, son siège n'a rien de spécial pour la tuberculose verruqueuse, l'important est de mettre le malade dans l'attitude la plus favorable.

Pour le dos de la main, lorsque l'on ne pratiquera pas de greffe de Thiersch, qui, nous le répétons, donnent d'excellents résultats, on fera l'italienne, avec lambeaux pris de préférence au-dessous du sein (Berger, Fontan, Morestin), de même pour la face

dorsale des doigts. Dans l'une de nos observations, VI, tuberculose verruqueuse de la face dorsale du pouce, opérée par M. Delore, le lambeau fut pris au-dessous du sein gauche avec pédicule supérieur. Pour la paume des mains, le lambeau peut être thoraco-abdominal, sous-mammaire, dorsal, à pédicule ou à pont, suivant la commodité. Parfois, il peut être avantageux de le prendre sur l'avant-bras opposé.

Pour les tuberculoses verruqueuses de l'avant-bras, on peut prendre un lambeau abdominal à pont, mais les greffes de Thiersch seront le procédé de choix, si la suture simple n'a pas été possible.

Au poignet, la suture est généralement possible, si l'on recourt à l'italienne, le lambeau à pédicule supérieur semble préférable (Nelaton, Ombredanne), pour la face palmaire, le lambeau dorso-lombaire.

Pour la face externe de la jambe, le talon, les malléoles, la méthode italienne pourra emprunter un lambeau fessier, ainsi que l'ont indiqué Poncet et son élève Metin, un lambeau sur les cuisses, sur la jambe opposée, le tout étant de donner une attitude supportable.

Pour la plante du pied, on prendra un lambeau sur le mollet opposé.

Les tuberculoses verruqueuses de la région fessière ou péri-anale sont assez fréquentes, parfois fort étendues. Nous avons vu que l'on peut utiliser les grands décollements.

D'autres méthodes originales ont été parfois tentées. Dans notre observation, XV, nous voyons M. Morestin chercher à utiliser la *peau du scrotum*. Son malade

présentait deux grandes plaques de tuberculose verruqueuse se rejoignant en avant de l'anus. Il fit une extirpation très large des téguments lésés. Pour combler la perte de substance, il divisa, par deux incisions latérales, la peau du scrotum en deux parties unies au fond du scrotum. La partie postérieure fut rabattue et suturée sur la plaie, un orifice secondaire y étant fait et suturé à l'anus.

Le résultat immédiat fut satisfaisant mais, dans la suite, il y eut infection, et des retouches durent être faites à plusieurs reprises, aussi, M. Morestin conclut-il que cette tentative ne prouve pas trop en faveur de la qualité du scrotum comme matière plastique. Il est bon toutefois de la retenir pour en tirer parti à l'occasion. On voit par tout cet énoncé de méthodes et par les heureux résultats qu'elles ont donnés aux opérateurs, que le domaine de l'ablation chirurgicale des tuberculoses verruqueuses doit être de plus en plus grand. Seuls, le mauvais état général, la tuberculisation avancée du sujet, une forme de tuberculose verruqueuse par trop généralisée, peuvent être des contre-indications opératoires.

IV. — CONCLUSIONS

Le traitement de la tuberculose verruqueuse est, avant tout, un traitement local ; le traitement général n'est qu'un adjuvant.

Le traitement général ne diffère pas de celui de la tuberculose en général, qu'il s'adresse au terrain qu'il tente de modifier ou au bacille lui-même qu'il cherche

à détruire. L'huile de foie de morue, l'arsenic, le sirop iodo-tannique seront les médicaments les plus à recommander.

Le traitement local devra être précoce, rapide, efficace, avec un maximum de garantie contre les infections secondaires lymphatiques ou viscérales. La grande fréquence de celle-ci fait, en effet, toute la gravité du pronostic de la tuberculose verruqueuse d'insinuation exogène primitive.

L'emploi de topiques, pommades, caustiques chimiques, de la méthode de Bier, de l'air chaud, de la radiothérapie, de la photothérapie, de la radiumthérapie, ne donne pas des résultats bien heureux et constants.

Le raclage compte des succès assez rapides, mais il ne met nullement à l'abri des récidives, qui sont fréquentes ; de plus, il peut favoriser les infections secondaires lymphatiques ou viscérales.

La cautérisation ignée est une bonne méthode ; mais il faut le plus souvent pratiquer des séances répétées pendant très longtemps. Entre les pointes de feu, ou au-dessous d'elles, il persiste des lésions tuberculeuses en activité qui sont le point de départ de récidives. Néanmoins, la cautérisation ignée est la méthode à appliquer quand l'ablation est contre-indiquée ou lorsque le patient s'y refuse.

L'ablation chirurgicale est le traitement de choix, toutes les fois qu'elle est possible, elle constitue le traitement le plus rapide, soit que l'on obtienne une réunion par première intention, soit que l'on pratique des autoplasties. Elle est le traitement le plus efficace : on a néanmoins objecté à cette méthode qu'elle ne mettait

pas à l'abri des récidives, et qu'elle favorisait les infections secondaires. Les récidives immédiates sont rares, et semblent devoir être imputées à un défaut de technique opératoire, excision insuffisante, ou auto-inoculation secondaire des bords de la plaie lors de l'intervention. Les récidives éloignées sont exceptionnelles quand cette excision large, en dehors de la zone érythémateuse, a été faite. Les propagations lymphatiques et viscérales peuvent certainement se voir, mais elles ne sont pas plus fréquentes que dans les autres traitements; elles sont évitables: en se tenant constamment, tant en surface qu'en profondeur, au delà des limites de l'invasion tuberculeuse, en usant de l'artifice préconisé par M. Durand, l'interruption des lymphatiques efférents superficiels de la plaque verruqueuse, par une incision. L'exérèse chirurgicale, suivie d'une réparation appropriée donne les meilleurs résultats fonctionnels et esthétiques.

Les contre-indications de l'ablation au bistouri sont très rares, en dehors des tuberculoses verruqueuses chez des tuberculeux viscéraux avancés, et des formes à plaques par trop disséminées ou par trop étendues. Encore, dans ce dernier cas, faut-il savoir demander à la chirurgie réparatrice tout ce qu'elle peut donner.

L'intervention est simple et sans danger, nous conseillons :

a) L'interruption des lymphatiques superficiels efférents de la plaque verruqueuse, à quelques centimètres au-dessus d'elle. Elle sera obtenue par une incision transversale sur les membres, allant jusqu'à l'aponévrose superficielle, et débordant le plus grand diamètre

de la plaque verruqueuse. Si cette incision devait comprendre la demi-circonférence, ou plus, du membre, on la fractionnerait en incisions en escalier, superposées et s'imbriquant. Cette interruption ne sera pas nécessaire dans les lésions de petites dimensions où l'on peut très facilement dépasser la limite de l'infection tuberculeuse et réunir ensuite.

b) L'excision la plus large possible de la plaque verruqueuse. Pour cela, on incisera en dehors de la zone érythémateuse la peau et le tissu cellulaire jusqu'au plan aponévrotique, on enlèvera la lésion en se maintenant sur ce plan, et en évitant de laisser traîner la plaque verruqueuse sur les bords de la plaie.

c) La suture et la réunion par première intention. Celle-ci n'est possible que si la lésion est petite ou la peau très mobilisable. Pour certaines régions, cou ou même fesse, l'on utilisera les grands décollements, ainsi que le préconise Morestin.

d) La cicatrisation spontanée ou les greffes quand la suture immédiate n'aura pu être obtenue. La cicatrisation spontanée dans des cas peu étendus donne de bons résultats, en évitant l'exubérance de la cicatrice, et les mauvaises attitudes, surtout pour les doigts. Souvent elle n'est qu'un temps préparatoire qui permet de s'assurer de l'absence de récédive et précède les greffes. Celles-ci peuvent être pratiquées suivant toutes les méthodes indiquées en médecine opératoire et avec toutes leurs indications spéciales. Elles comptent toutes de nombreux succès à leur actif, mais nous avons trouvé une préférence marquée pour les greffes d'Ollier Thiersch.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Recueillie à la clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille, dans le service de M. le professeur Nicolas.

Diagnostic. — Tuberculose verruqueuse par inoculation externe primitive. Cautérisation ignée, guérison. — Rétraction partielle de l'aponévrose palmaire.

T... François, soixantè-quinze ans, est porteur d'une lésion verruqueuse du dos de la main droite. Rien d'intéressant à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade.

Il raconte, qu'il y a quinze ans, alors que, parqueteur, il rêclait un *plancher*, il se blessa avec une *pointe*. La blessure était assez profonde, la pointe ayant traversé de part en part l'extrémité de l'espace interdigital séparant le deuxième et le troisième doigt de la main droite. A la face palmaire, la cicatrisation fut assez rapide, mais à la face dorsale, il persista assez longtemps une petite plaie suppurante, qui fut remplacée par une petite production papillomateuse que l'on reconnaît être un tubercule anatomique d'après les caractères donnés par le malade.

Nous voyons ce malade pour la première fois, le 17 janvier 1906, porteur d'une lésion assez peu typique de tuberculose verruqueuse. Mais, M. Favre, chef de clinique du service, a eu l'occasion de le voir au 30 octobre dernier avant tout traitement. C'était alors une lésion *ulcéro-papil-*

lomateuse, l'aspect verruqueux était très net avec une hyperkératose très marquée, des sillons interpapillaires profonds avec suppuration assez abondante. Le malade n'avait ni lymphangite, ni adénite épitrochléenne ou sous-maxillaire. Des pointes de feu au galvano-cautère furent faites.

17 janvier 1906. — Sous l'influence du traitement, la lésion s'est beaucoup modifiée comme aspect, les verrucosités ne sont plus très saillantes, ni isolées. On a surtout une lésion suppurante, avec ulcération vraie dans une de ses parties et épaissement lardacé, fibreux dans l'autre. Aucune adénite. Pas de signes pulmonaires. Traitement pointes de feu fines et serrées au galvano-cautère.

28 février 1906. — La lésion est très améliorée, l'ulcération presque complètement cicatrisée, il n'y a plus de végétations papillaires, mais une plaque hyperkératosée. Avec le couteau du galvano-cautère, il est fait un véritable *raclage ignée* de la lésion et par dessus, un pansement au permanganate de potasse à 1/20.

6 juin 1906. — La lésion est très améliorée, constituée par un noyau rouge, dur, légèrement saillant, de la dimension d'une pièce de 2 francs, légèrement kératosique, sans ulcération, ni fissures, ni nodules lupiques. Toujours aucun ganglion.

Depuis quelque temps, le malade présente de la difficulté dans l'extension des doigts qui tendent à se fléchir. A l'examen, on constate une : *rétraction partielle de l'aponévrose palmaire* avec adhérence au tendon de l'annulaire.

Nota. — Dans ce cas, le malade refusant d'entrer à l'hôpital, il a été impossible de faire un traitement régulier et suivi.

OBSERVATION II (personnelle).

Recueillie à la clinique de l'Antiquaille, service de M. le professeur Nicolas, en collaboration avec M. Favre, chef de clinique.

Diagnostic. — Tuberculose verruqueuse d'inoculation exogène primitive. — Exérèse — Cicatrisation spontanée. — Inoculation expérimentale positive. — Lésions histologiques tuberculeuses. — Guérison locale, infection secondaire lymphatique, viscérale probable.

B... Claude, quarante-trois ans, marchand forain, et jockey d'ânes, entre à la clinique le 27 mars 1906 pour une lésion verruqueuse de la face dorsale de la main gauche.

Il n'est rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Début de l'affection actuelle. — Le malade la fait remonter en mai 1905. L'affection aurait eu pour point de départ une chute faite dans une course à ânes sur l'hippodrome de Villeurbanne. Toutefois, la relation entre les deux faits ne semble pas bien établie. Immédiatement après la chute, le malade n'aurait constaté aucune éraillure de la peau. Il eut seulement pendant plusieurs jours, de la gêne dans les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche.

C'est en septembre seulement que le malade commence à s'inquiéter d'un *petit bouton* situé sur la partie dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche. Ce petit bouton rouge, ou plutôt de teinte violacée, non prurigineux, et légèrement saillant, ne tarda pas à présenter de petites fissures et à se recouvrir de croûtes. Il a continué à se développer sans changer beaucoup d'aspect. Le malade ne donne d'ailleurs que peu de renseignements à son sujet.

Etat actuel : 27 mars 1906. — La lésion a une forme générale arrondie. Son diamètre est de 5 centimètres environ. La lésion est constituée par un placard verruqueux,

bordé d'une zone de téguments de 1 centimètre environ de largeur, d'aspect violacé. Le centre de la lésion est constitué par des *saillies papillomateuses* agglomérées. Ces saillies ont un volume qui varie entre une tête d'épingle et une lentille. Elles sont pressées les unes contre les autres, mais séparées par des sillons profonds mis en évidence en les écartant. Les poussières agglomérées à la surface de ces papillomes, donnent à la couche cornée qui les recouvre une coloration noirâtre. Quand on enlève cette couche superficielle, on découvre des bourgeons fermes, roses, très légèrement lobulés, mais ne présentant pas les incisures, les digitations des verrues vulgaires. En quelques points, entre les lobules, on voit quelques fissures plus profondes, suppurantes. Le placard papillomateux est entouré d'une zone de téguments violacés. Cette bordure a une largeur de 1 centimètre environ, et se continue insensiblement avec la peau saine. Les téguments sont à ce niveau finement squameux. Les poils ont disparu. La peau donne une sensation de mollesse. En quelques points, on voit des *nodules* jaunes et sucre d'orge. Ils apparaissent nettement par vitro-pression.

Il n'y a pas de lymphangite avec petits nodules sur le trajet des lymphatiques. Les ganglions épitrochléens et axillaires ne sont pas engorgés.

Du côté des poumons, on note un peu d'emphysème pulmonaire, mais aucune lésion du sommet. On ne trouve pas de manifestations d'autres lésions viscérales. Le malade pèse 65 kilogrammes.

4 avril 1906. — M. Durand, chirurgien à l'Antiquaille, incise assez largement autour du placard verruqueux et l'enlève en allant profondément jusqu'aux plans aponévrotiques et tendineux. Quelques points de suture assurent par place, aux extrémités, une réunion par première intention. Au centre, le rapprochement des deux lèvres de la plaie ne pouvant se faire facilement, on laisse celle-ci bourgeonner, pour obtenir *la guérison par cicatrisation spontanée*, prêt

à faire secondairement, s'il y en a lieu, de la chirurgie réparatrice.

Juillet 1906. — Le malade est revu, la plaie est complètement fermée ; la cicatrice n'est ni chéloïdienne, ni hypertrophique. Elle ne présente, au voisinage, aucun nodule lupique. Pas d'adénopathie.

22 avril 1907. — Au niveau de la cicatrice, ou dans son voisinage, il ne s'est fait aucune récidue de tuberculose cutanée sous quelque forme que cela soit. La cicatrice est légèrement irrégulière, mais non difforme, il n'y a aucune gêne des mouvements. La région cicatricielle n'est pas amincie mais érythémateuse, légèrement infiltrée, avec un peu d'hyperkératose et un peu de desquamation.

Il n'existe pas de lymphangite superficielle, à type réticulaire, tronculaire, ou nodulaire. Pas de ganglions épitrochléens. Dans l'aisselle, on trouve plusieurs *ganglions* hypertrophiés dont l'un a atteint le volume d'une petite noix, le malade ne peut dire quand ils ont commencé à se manifester.

Depuis que le malade a quitté le service, il s'est bien porté. Toutefois, depuis cet hiver, il accuse une toux un peu plus fréquente. Lors de son séjour, l'on avait noté seulement une respiration emphysémateuse, actuellement au sommet du poumon gauche, il semble présenter de la bacillose au début. Il n'a pas maigri.

Etude expérimentale. — Inoculation sous-cutanée au cobaye. Cobaye sacrifié au vingt-cinquième jour. Ganglions inguinaux et lombaires du côté inoculé caséifiés, longs bacilles de Koch granuleux dans le ganglion écrasé entre deux lames.

Etude histologique, par M. Favre — La coupe comprend une partie des téguments du bord de la lésion et la lésion elle-même. Sur les *bords de la lésion*, le tégument présente quelques îlots d'infiltration périvasculaire et périsudoripare. Assez brusquement, l'infiltration s'accuse, l'épaisseur

du derme augmente dans des proportions considérables ; des modifications apparaissent au niveau de l'épiderme.

Au niveau même de la lésion, les altérations peuvent être résumées ainsi : *l'épiderme est considérablement augmenté* de volume. Les prolongements interpapillaires sont considérablement allongés, volumineux, anastomosés, formant assez profondément dans le derme des boyaux irréguliers au sein desquels on voit par place des *globes cornés* typiques.

La couche granuleuse de l'épiderme est très développée, formée de plusieurs assises de cellules. L'épiderme est recouvert d'une couche cornée épaisse, qui s'enfonce en coin entre les dépressions de l'épiderme. Dans la zone papillaire et sous-papillaire, on note l'existence d'une infiltration cellulaire dense.

Dans l'épiderme, et aussi dans la partie superficielle et moyenne du derme, on constate de *petites cavités remplies de leucocytes polynucléaires* plus ou moins altérés. Ces abcès peuvent atteindre un volume assez considérable et s'ouvrir directement à la surface de l'épiderme, après destruction des cellules épidermiques.

Les lésions ne sont pas seulement limitées à la partie superficielle du derme. L'infiltration dermique est plus profonde, diffuse. Entre les bandes de tissu conjonctif, il existe des îlots d'infiltration de cellules. L'infiltration suit d'ailleurs les vaisseaux, les conduits excréteurs et les glomérules sudoripares. Au sein de l'infiltrat on voit par place et jusque dans les *parties profondes du derme* des *follicules tuberculeux* typiques assez peu abondants.

Dans ce cas et sur toutes les coupes, nous avons été frappés par l'étendue et la diffusion de l'infiltration, par l'abondance des abcès intra-épidermiques et intra-dermiques, par la dissémination des formations tuberculeuses discrètes, mais que l'on retrouve jusque dans les parties les plus profondes du derme considérablement épaissi.

OBSERVATION III (Personnelle).

(Recueillie à la Clinique de l'Antiquaille,
service de M. le Professeur Nicolas)

Diagnostic : Pleurésie gauche ancienne. — Tuberculose verruqueuse d'inoculation externe primitive. — Adénite épitrochléenne et axillaire. — Excision. — Suture. — Inoculation expérimentale positive. — Tuberculose discrète du sommet gauche. — Dans la suite : mort avec tubercule du cervelet. — Lésions tuberculeuses des deux poumons.

D..., quarante-quatre ans, garçon à la Faculté de médecine, entre à la clinique de l'Antiquaille, le 12 avril 1906, pour des lésions verruqueuses de la main droite, secondaires à un tubercule anatomique remontant à douze ans.

Il n'y a rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires du malade. Dans ses *antécédents personnels*, on relève, à l'âge de quatorze ans, une *pleurésie* gauche. Pendant deux années de service militaire au Tonkin, il a eu plusieurs « plaies annamites », mais il n'a pas fait de maladie grave. De vingt-sept à trente ans, chaque hiver, bronchite qui, depuis, a persisté sous forme de *bronchite chronique*. Ethylisme marqué dès son service militaire. Nie la syphilis.

A l'âge de trente ans, le malade est entré à la Faculté comme garçon à l'*amphithéâtre de dissection*. Deux années après, il y a douze ans, apparut, sur le bord radial du pouce droit, au niveau de l'interligne de la première et de la deuxième phalange, un petit *tubercule anatomique*. Comme au bout de six mois il persistait une lésion suppurante, un peu végétante, donnant de petits abcès successifs, il consulta M. Gangolphe qui fit des pointes de feu répétées. A ce moment, il n'y avait aucun ganglion épitrochléen ou axillaire d'engorgé. Le malade n'avait pas non plus de signe de tuberculose pulmonaire.

Malgré ce traitement par l'ignipuncture, continué jusqu'à il y a quatre ans, et bien que le malade eût changé d'emploi, la lésion continua à progresser, envahissant toute la face dorsale de la première phalange du pouce droit.

Pendant cette extension locale du tubercule anatomique, se développèrent à deux reprises d'autres manifestations cutanées tuberculeuses.

Il y a trois ans, à la *face interne du bras* droit, parallèle à son axe, apparut une *petite plaque rouge* sans suppuration aucune. Elle atteignit 4 à 5 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur. Le diagnostic de tuberculose cutanée fut porté par un chirurgien de l'Hôtel-Dieu, mais le malade ne peut préciser si l'on avait parlé de lymphangite. Il n'y avait à ce moment aucune adénite. L'exérèse de cette plaque fut pratiquée au bistouri, avec suture, dont on voit la cicatrice linéaire. Il n'y a jamais eu de récurrence locale.

Il y a treize mois, apparurent à l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit, sur le bord radial, deux papulo-pustules qui devinrent végétantes, verruqueuses et donnèrent naissance à une *plaque de tuberculose* verruqueuse.

Etat actuel. — La lésion du pouce a envahi toute la surface dorsale de ce doigt, depuis l'ongle, presque jusqu'au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et transversalement d'un bord du doigt à l'autre. La lésion est recouverte de croûtes humides et suppurantes. Détergée, elle se montre sous un aspect verruqueux bourgeonnant très net. Les papilles sont assez surélevées avec un relief de 2 à 4 millimètres; elles sont plutôt molles, roses. Entre les papilles, se voient des fissures profondes, dont plusieurs se transforment en de véritables petites ulcérations, d'où sourd spontanément un peu de pus. Tout autour de la zone verruqueuse s'étend une zone d'infiltration violacée. A la palpation, on sent une infiltration assez profonde avec un peu d'empâtement. Le doigt a conservé sa motilité, mais elle est un peu gênée et diminuée.

Le second placard siège sur le bord radial du poignet. Il est arrondi et présente deux parties bien distinctes. L'une, centrale, est cicatricielle, non saillante, constituée par une cicatrice un peu irrégulière, avec peau amincie, blanche, cependant très vascularisée par points. L'autre, périphérique, est formée de gros tubercules rouges violacés, empâtés dans leur partie profonde, mais donnant à leur surface une sensation de dureté et de rugosité, sans qu'il y ait toutefois de productions aussi verruqueuses que sur le dos du pouce.

On ne constate pas de lymphangite, mais il existe deux petits ganglions épitrochléens engorgés et tous les *ganglions* de l'aisselle sont perceptibles sous forme de petites noisettes dures, bien isolées.

Au point de vue général, le malade est dans un état assez précaire, il est pâle, tousse un peu, transpire facilement la nuit, mais ne présente pas de fièvre. L'examen du poumon révèle un peu de submatité avec de très rares craquements au sommet gauche.

14 avril 1906. — *Ablation large* par M. Delore, des deux placards. *Réunion par première intention.*

25 avril. — *Guérison opératoire.*

Le malade est revu au mois de juin, son adénite n'a pas diminué, mais il n'a eu aucune récurrence locale.

Mai 1907. — Ayant fait une enquête pour savoir ce qu'était devenu notre malade nous apprenons sa *mort* avec découverte à l'autopsie d'un *tubercule du cervelet*. Les lésions pulmonaires n'étaient pas extrêmement avancées.

Etude expérimentale — Un fragment de la lésion enlevée a été *inoculé* sous la peau de la cuisse d'un cobaye. Autopsie vingt et un jours après, ganglions inguinaux caséeux contenant le bacille de Koch. *Séro-diagnostic* positif.

OBSERVATION IV (personnelle.)

Recueillie à la clinique de l'Antiquaille, service de M. le professeur Nicolas, en collaboration avec M. Favre.

Diagnostic. — Tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive, d'origine bovine probable. — Propagation lymphatique par lymphangite pauci-nodulaire à la suite d'une intervention. — Exérèse. — Suture. — Examen histologique : lésions tuberculeuses; bacilles de Koch dans les nodules de lymphangite. — Inoculation expérimentale positive.

B... Georges, commissionnaire, quarante-sept ans, entre à la clinique le 28 juin 1905 pour une lésion verruqueuse de la face antérieure du poignet droit.

Rien de particulier n'est à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels, toutefois il indique un traumatisme violent à l'âge de seize ans qui aurait déterminé l'aspect pseudo-pottique qu'il présente. Bonne santé. Alcoolique.

Au début du mois de janvier 1905, il se blessa à la face antérieure du poignet avec une *pointe* d'une caisse pleine de tripes fraîches de *bœuf*. Il se fit une plaie qui persista sans cicatrisation.

Un à deux mois après, la lésion prit un aspect papillomateux et progressa peu à peu aux dimensions actuelles.

28 juin 1905. — A l'entrée, il existe sur la face antérieure du poignet droit une lésion papillo-croûteuse. Elle est plus ou moins arrondie, de la surface d'une pièce de 2 francs. L'aspect verruqueux est très net, les bourgeons sont plutôt mous que très cornés. Dans leur intervalle il se fait un peu de suppuration. La lésion est assez nettement limitée et, entourée par une zone violacée et indurée. Il n'y a pas de lymphangite.

8 juillet 1906. — *Râclage, cautérisation.*

4 août 1905. — Le malade quitte l'hôpital, la cicatrisation est complète, mais il persiste une traînée de lymphangite partant de l'ancienne plaque verruqueuse.

8 décembre 1906. — Le malade revient avec une *récidive*, présentant à la face antérieure du poignet une plaque ovulaire de 4 à 5 centimètres de long, sur 3 à 4 de large.

20 décembre 1906. — M. Durand pratique sous anesthésie l'*ablation* de la lésion en disséquant profondément les tissus jusqu'à l'aponévrose et cautérise au thermocautère.

22 février 1906. — La lésion locale est presque entièrement cicatrisée, mais on perçoit une traînée persistante de *lymphangite nodulaire* à la face antérieure de l'avant-bras formée de très petits noyaux de la grosseur d'une tête d'épingle. *Ganglions* épitrochléen droit gros comme une noisette, axillaires, gros comme une noix. Rien de particulier du côté des poumons.

Avril 1906. — La cicatrisation s'est faite, les noyaux de lymphangite nodulaire qui sont au nombre de six sur deux rangées, l'une radiale, l'autre cubitale, sont enlevés en grande partie pour être examinés histologiquement.

17 novembre 1906. — Le malade revient avec une *nouvelle récurrence*, trois nouveaux nodules de tuberculose verruqueuse au-dessus de la cicatrice, et une à l'extrémité radiale de la cicatrice. Les ganglions épitrochléens et axillaires persistent mais ils ont beaucoup diminué.

7 décembre 1906. — Intervention par M. Durand. Pour éviter les propagations lymphatiques qui se sont produites lors de la dernière intervention, il est fait une incision demi-circulaire sur la face antérieure de l'avant-bras, à quelques centimètres au-dessus de la lésion verruqueuse. On compte ainsi *interrompre les lymphatiques* efférents de la plaque verruqueuse et arrêter l'infection de la voie lymphatique si elle se produit. Excision large des nodules verruqueux, *suture*.

19 décembre. — La réunion par première intention est obtenue. Le malade n'a pas eu de poussées lymphangitiques.

Mai 1907. — Le malade quitte le service en bon état local, sans récidence, mais l'adénite épitrochléenne et axillaire persiste. Il n'y a pas de symptômes de tuberculose pulmonaire.

Etude expérimentale. — La recherche du *bacille de Koch* a été *positive* dans les frottis d'un nodule de lymphangite.

L'inoculation au cobaye de la lésion excisée lors de la dernière intervention a été *positive*.

Examen histologique. Par M. Favre. — Inclusion à la celluloïdine après fixation à l'alcool. Coloration à l'hématéine éosine, au bleu de Unna, au picro-ponceau. La coupe intéresse le centre de la lésion, en aucun point, on ne voit de tégument sain.

Ce qui frappe au premier examen de la lésion, à un très petit grossissement, c'est *l'augmentation considérable de l'épaisseur du derme* et le *développement* extraordinairement accusé des *prolongements épidermiques interpapillaires*.

Nous ne décrirons pas en détail les lésions, nous n'insisterons plus particulièrement que sur quelques points.

Au niveau de l'épiderme, on note un allongement considérable des prolongements interpapillaires, tantôt volumineux, trapus, tantôt effilés, styloïdes. En certains points, la couche granuleuse est épaisse, composée de trois, quatre, cinq couches de cellules. En ces points, la couche cornée est épaisse et s'enfonce souvent en forme de coin dans les dépressions de la couche épidermique.

Sur toute les coupes, nous avons retrouvé dans l'épiderme, des *abcès* le plus souvent de petites dimensions, quelques-uns plus volumineux s'ouvrant à la surface de l'épiderme, par un petit trajet que l'on peut suivre sur des coupes en série.

Dans toute la région papillaire du derme, on note une *infiltration cellulaire* dense. Nous reviendrons dans un autre travail sur le mode de constitution de cet infiltrat.

Dans la partie profonde du derme, on note une prolifération conjonctive, une sclérose très accusée. Entre les travées du tissu conjonctif se trouvent des îlots d'infiltration cellulaire, de formes et de dimensions variables.

Les formations tuberculeuses se retrouvent jusque dans les parties les plus profondes du derme. Elles sont absolument typiques, caractérisées par des amas de cellules épithélioïdes, avec cellules géantes et couronne de cellules embryonnaires. Parmi ces cellules géantes, quelques-unes atteignent des dimensions considérables. Il est en tout cas à noter que l'infiltration est dans ce cas diffuse, périvasculaire, périsudoripare, sous-papillaire et non répartie en nodules distincts comme dans le lupus.

En résumé, les lésions les plus apparentes peuvent être résumés ainsi :

a) Du côté de l'épiderme hyperacanthose avec hyperkératose considérable, abcès intra-épidermiques.

b) Du côté du derme, infiltration diffuse et très étendue, épaissement considérable du derme, dont les larges travées fibreuses sont dissociées par l'infiltration. Dans l'épaisseur du derme très irrégulièrement réparties et sans prédominance pour la région papillaire, follicules tuberculeux typiques, on note également, deux, trois abcès intra-dermiques.

OBSERVATION V (Personnelle)

Recueillie à la clinique de l'Antiquaille,
service de M. le professeur Nicolas.

Diagnostic : Tuberculose verruqueuse d'inoculation externe primitive d'origine bovine probable. — Exérèse, greffe d'Ollier. — Guérison.

T.... Antoine, 34 ans, teinturier, entre le 11 janvier 1907 dans le service de M. le professeur Nicolas, pour des lésions

verruqueuses très exubérantes du dos du cou de pied droit.

On ne relève rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade. Pas de syphilis.

Il raconte que la lésion dont il est porteur remonte à un an et demi. A cette époque, le port accidentel d'une galoche lui occasionna une écorchure sur le dos du pied droit. Cette *galoche* était la propriété d'un cultivateur, lui-même bien portant, mais habitant un village où la plupart des *vaches sont manifestement tuberculeuses* et reconnues dangereuses pour l'alimentation.

Cette écorchure suppura un peu au début, puis, au lieu de se cicatriser, elle se couvrit de croûtes. Loin de rester stationnaire, elle s'étendit dans la suite en suivant une marche un peu serpentineuse, d'abord verticalement sur la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne, puis en s'incurvant en dehors, atteignant presque la malléole externe. De son point initial elle progressa en dedans vers la malléole interne. Enfin, il y a six mois, à la partie inféro-externe de la jambe, s'est développé un nouveau placard verruqueux nettement séparé du précédent. A mesure que les lésions progressaient, elles se modifiaient dans leur aspect. Légèrement ulcéreuses et suppuratives au début, elles prenaient rapidement dans la suite un aspect verruqueux très marqué, avec sécheresse complète de la lésion. Quelques-uns des points les plus antérieurement atteints sont spontanément entrés en régression pour prendre un aspect cicatriciel. Il n'y a jamais eu de douleurs spontanées ou provoquées.

Actuellement, le malade présente des productions verruqueuses qui se groupent en deux placards.

L'un principal, s'étend, en largeur, presque d'une malléole à l'autre, et en hauteur sur 10 à 12 centimètres, couvrant ainsi toute la face antérieure du cou-de-pied droit. La marche d'extension indiquée par le malade est très facilement reconnaissable grâce aux deux îlots de peau saine

enclavés dans la masse verruqueuse. Celle-ci est très exubérante dans sa partie centrale où elle fait une saillie de un centimètre par place. La surface est mamelonnée, les mamelons correspondant à des noyaux d'infiltration du volume d'une noisette à une amende, accolés linéairement. Quelques noyaux isolés existent à la partie externe. Entre ces mamelons et sur leur surface, la lésion est sèche, non recouverte de croûtes. Elle est d'aspect corné, verruqueux, constituée par des *papilles* dures, assez volumineuses, d'un diamètre de 2 à 4 millimètres, à surface convexe, à contours losangiques ou polygonaux, limités nettement par des sillons. Ceux-ci sont en apparence assez superficiels, mais en écartant leurs bords on les voit se transformer en *fissures* plus ou moins profondes. Quelques-unes sont exulcérées à leur base. Ce qui frappe, c'est l'état de sécheresse actuelle de toutes ces verrucosités et fissures. Cependant le malade indique qu'il a eu une légère suppuration ; il est d'ailleurs possible de faire sourdre à la pression un peu de pus des fissures qui avoisinent la périphérie. Celle-ci est constituée par une zone d'infiltration avec des noyaux violacés bien moins volumineux, peu proéminents et très peu verruqueux, recouverts de squames croûteuses. Tout autour s'étend une zone érythémateuse de un demi à un centimètre de largeur.

A la palpation, les productions verruqueuses donnent une sensation de dureté cornée dans leur partie exubérante, superficielle ; mais la base sur laquelle elles s'implantent donne l'impression d'une certaine mollesse et d'un peu d'empâtement. Cette base est infiltrée jusque sur les plans aponévrotiques et tendineux, sur lesquels toutefois, elle est assez facilement mobilisable. Dans sa partie inférieure, vers le point initial, la lésion s'est affaissée, les verrucosités ont disparu, la peau a pris un aspect blanchâtre, épaissi, cicatriciel mais non déprimé.

Le placard secondaire est situé au-dessus et en dehors du précédent ; il est beaucoup moins grand, n'excédant pas

4 à 5 centimètres de diamètre. Il présente les mêmes caractères, sauf qu'il est moins exubérant.

Les lésions ne sont douloureuses ni spontanément, ni à la pression. Sur le dos du pied, au dessous des productions verruqueuses, se voient de petits points érythémateux ne disparaissant pas complètement à la pression, correspondant à des capillaires artériels dilatés. Il y a une hyperhydrose localisée à ce niveau.

Il n'y a pas de cordons de lymphangite perceptible ; mais à la pointe du triangle de Scarpa, du côté correspondant existe un ganglion crural du volume d'une noix, à grand axe vertical.

Le malade a un très bon état général, il ne tousse pas. Il ne présente rien de particulier du côté des poumons.

Sero-diagnostic tuberculeux. — Positif + 5.

Traitement : 16 janvier 1907. — Intervention par M. Durand, chirurgien des Hôpitaux.

Il est fait sur la demi-circonférence antérieure de la jambe *trois incisions en escalier ayant pour but d'interrompre les lymphatiques* et de prévenir l'envahissement ganglionnaire par les bacilles mobilisés lors de l'intervention sur la plaque verruqueuse. Ces incisions ont cinq à six centimètres de longueur. Elles sont faites profondément jusqu'à l'aponévrose, elles sont étagées à deux centimètres et demi d'intervalle empiétant légèrement l'une sur l'autre, de telle sorte que par leur réunion elles tiennent lieu d'une véritable demi-incision circulaire. La plaque verruqueuse est ensuite *enlevée en totalité*, en respectant ses contours, mais en la débordant largement de un à deux centimètres. La lésion est soigneusement disséquée en allant jusque sur les plans profonds, muscles, tendons et plans aponévrotiques. Il est fait un pansement sec, la plaie étant laissée en état, pour s'assurer qu'il n'y aura pas de récidives.

20 février 1907. — Il n'y a eu aucune récidive locale, ni lymphangite post-opératoire. La plaie est en excellent état et bourgeonne bien. Le malade est repris et on lui fait des

greffes suivant la méthode d'Ollier, en empruntant huit lambeaux à la face externe des cuisses, de un centimètre à un centimètre et demi de large sur cinq à six de long.

28 février 1907. — Premier pansement, très bon état de la plaie, les greffes ont toutes un bon aspect.

18 mars. — La cicatrisation et l'épidermisation sont complètes, toutes les greffes ont pris. Il n'y a aucune récurrence locale.

4 avril. — Résultats fonctionnels et esthétiques excellents. Le ganglion noté à la pointe du triangle de Scarpa a presque complètement disparu.

Etude expérimentale. — Quatre cobayes ont été inoculés sous la peau le 16 janvier 1907. Trois sont morts dans les deux, trois jours qui suivirent, celui qui a résisté n'a présenté aucun ganglion (mai 1907).

OBSERVATION VI (personnelle).

Recueillie à la Clinique de l'Antiquaille,
service de M. le professeur Nicolas.

Diagnostic : Pleurésie droite ancienne. Tuberculose verruqueuse ulcérée du pouce droit. Exérèse : autoplastie par la méthode italienne, guérison sans récurrence. Inoculation au cobaye positive.

J..., Marie, vingt-huit ans, entre à la Clinique de l'Antiquaille, le 10 avril 1906, pour des lésions verruqueuses et ulcérées du pouce droit.

Antécédents héréditaires : Mère morte à quarante-huit ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : A noter qu'au mois de mars 1900 la malade eut une *pleurésie droite*. Cette même année, vers la fin d'octobre, elle soigna sa mère qui mourut de tuberculose pulmonaire. Quinze jours après, la malade s'aperçut de l'apparition d'un « bouton » peu surélevé, non ulcéré sur la phalangette du pouce droit. Dans la suite,

il se fit à diverses reprises un peu de suppuration. Comme la lésion persistait depuis un an, il fut fait par un médecin une pointe de feu. Depuis cette époque, la lésion est toujours restée avec un point ulcéré et suppurant, elle a pris un aspect papillomateux par place et a progressé jusqu'à l'état actuel.

Etat actuel. — La lésion siège sur la face dorsale de la deuxième phalange du pouce droit, empiétant sur l'articulation interphalangienne. Elle a la surface d'une pièce de 1 franc comme lésion *ulcéro-papillomateuse*, mais autour d'elle s'étend une zone périphérique d'infiltration d'un demi-centimètre, qui envahit le repli sous-unguéal. Elle est assez régulièrement arrondie, présentant du côté proximal un bord très ulcéreux et aminci et légèrement décollé. A ce niveau existe une *ulcération franche*, semi-lunaire, de 4 à 5 millimètres de large, le fond en est grenu et suppurant. Tout au contraire, à mesure que l'on se rapproche du côté distal, la lésion prend de plus en plus des caractères *papillomateux* et verruqueux. Ce sont, d'abord, des papilles molles, humides, luisantes de 1 à 2 millimètres de hauteur, puis de véritables verrucosités cornées. Ces papilles sont séparées par des fissures profondes, surtout suppurantes du côté proximal. La lésion est nettement limitée par un sillon ulcéreux, nous avons noté le décollement à la partie supérieure. Tout autour il existe une infiltration œdémateuse, dure, violacée, avec empatement profond.

Ni adénite, ni lymphangite correspondantes.

Bon état général. Pas de symptômes pulmonaires.

17 avril 1906. *Exérèse, autoplastie par la méthode italienne*, par M. Delore. — M. Delore enlève largement tous les tissus malades, comprenant presque toute la face dorsale du pouce droit, ainsi que le repli sus-unguéal. En profondeur, l'ablation va jusqu'aux tendons extenseurs du pouce.

Pour recouvrir cette perte de substance, on taille un

lambeau cutané, pris au-dessous du *sein gauche* et ayant son pédicule en haut. Ce lambeau est suturé sur le bord interne du pouce et recouvre toute la perte de substance. Le membre et le tronc sont assujettis et maintenus rapprochés au moyen d'un bandage silicaté.

La *section du pédicule* du lambeau est pratiquée au onzième jour, le 28 avril. On resèque du lambeau tout ce qui paraît exubérant, et l'on suture les bords de la plaie avec la tranche de section du pédicule. Le résultat immédiat est d'un bel effet esthétique.

18 mai. — La guérison est complète avec un résultat aussi beau qu'il est possible. Il n'y a pas de trace de récurrence locale, ni de propagation lymphatique. La plaie du sein est parfaitement cicatrisée sans aucun nodule d'incubation.

Avril 1907. — La malade est en bon état; elle n'a eu aucune récurrence locale, pas d'engorgement ganglionnaire; elle ne tousse pas.

Inoculation : Au cobaye, sous-cutanée, *positive*. Au trente-troisième jour, les ganglions inguinaux et pelviens, caséux, montrent sur les frottis de nombreux bacilles de Koch.

OBSERVATION VII (personnelle).

Recueillie à la Clinique de l'Antiquaille,
service de M. le professeur Nicolas.

Diagnostic : Tubercule anatomique. Excision, suture.

X..., étudiant en médecine, vingt-quatre ans, est porteur d'un tubercule anatomique datant de quinze mois, survenu à la suite d'une piqûre anatomique lors d'exercices de *dissection*.

C'est un garçon bien musclé, sans aucun antécédent tuberculeux héréditaire ou personnel.

Au mois de janvier 1906, il se fait une piqûre avec un

bistouri au niveau de l'index gauche, sur le bord radial de la deuxième phalange. Il ne sait si le cadavre était tuberculeux, ni s'il était injecté; d'ailleurs, il ne nettoyait et n'aseptisait jamais ses instruments. La plaie saigna un peu, X... fit couler dessus un filet d'eau, mais n'employa aucun antiseptique, ni ne fit faire aucune pointe de feu.

Quinze jours après, X... s'aperçoit qu'il est porteur d'une petite *papule* rouge, surélevée, légèrement chaude et douloureuse, acuminée, portant en son sommet un petit *point blanchâtre* qui peu à peu a progressé. Ouvert, il s'écoula une gouttelette de pus épais. Une légère ulcération persista quelques jours, puis se cicatrisa, laissant un petit noyau dur, corné, de la surface d'une petite lentille très analogue à une verrue, sans lobulations, ni verrucosités. Cet état se maintint stationnaire de deux à trois mois, puis il survint un nouvel abcès. Celui-ci fut suivi d'une petite ulcération qui s'est mise à végéter, à prendre le type verruqueux. Depuis, malgré des traitements locaux divers, sauf des pointes de feu, la lésion a progressé d'une façon continue.

Etat actuel : 26 avril 1906 — La lésion siège sur la face radiale de la deuxième phalange de l'index gauche. La lésion est ovale, de 1 cm. 1/2 de long sur 1 centimètre de large, en y comprenant la zone érythémateuse périphérique. Elle forme une saillie marquée, de 4 à 5 millimètres. Elle présente sur toutes ses parties un état de *sécheresse remarquable*, toutefois il y a eu de petits foyers intermittents de suppuration. La partie centrale de la lésion est parfaitement individualisée, avec papilles assez bien séparées, coiffées d'une épaisse couche cornée, laissant voir entre elles, par écartement, de petites fissures exulcérées, mais sans pus. A sa périphérie, les végétations sont moins marquées, il y a de petits noyaux durs à surface hyperkératosée. Tout autour s'étend une zone érythémateuse de 3 à 4 millimètres. La lésion est facilement mobilisée sur les flancs profonds : elle n'entraîne aucune gêne fonctionnelle.

La douleur n'existe pas spontanément, mais elle se produit à la pression.

Ni lymphangite, ni adénite correspondantes. Aucun symptôme pulmonaire anormal. Bon état général.

27 avril 1907. — *Excision* par M. Durand, chirurgien des Hôpitaux. Anesthésie locale à la cocaïne.

Incision ovale au bistouri, circonscrivant la tumeur, dépassant un peu la zone érythémateuse ; dissection en profondeur jusque sur la gaine. Suture.

10 mai 1907. — La réunion par première intention a été obtenue.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Recueillie à la clinique de l'Antiquaille dans le service
de M. le professeur Nicolas.

Diagnostic : Syphilides tertiaires papillo-cornées. Plaques muqueuses. Traitement mixte. Guérison.

D... Charles, contracte un *chancre syphilitique* sous-préputial, en 1896.

Il a été déjà soigné pour des accidents syphilitiques par MM. Gailleton et Fournier.

22 mars 1907. — Il vient pour une lésion circinée en demi-cercle, à convexité inférieure, située sur le menton et s'étendant jusque sur les parties latérales de la lèvre supérieure.

Le *début* de ces lésions s'est fait au-dessous de la lèvre inférieure, près de l'angle commissural droit par une lésion papuleuse qui a pris l'aspect verruqueux secondairement. C'est par une marche serpigineuse et surtout par l'apparition de nouvelles papules lenticulaires que la lésion a progressé et a pris l'aspect actuel.

La lésion a été un peu suppurante.

Actuellement, la lésion est constituée par la réunion de placards papillomateux de la surface d'une pièce de 50 cen-

times à 2 francs. Chacun d'eux est limité par un bord net, émergeant d'une peau périphérique saine. La lésion est surélevée de 3 à 4 millimètres. A sa surface se voient des *végétations papillaires* dures et cornées, séparées entre elles par des *sillons*, masqués pour la plupart, ainsi que les papilles, par une surface croûteuse.

La lésion détergée, les sillons apparaissent rosés, beaucoup exulcérés, dans leur profondeur, avec petites *ulcérations miliaires* d'où s'écoule par la pression de fines gouttelettes de pus.

Sur la partie latérale droite, sur une des lésions ressemblant tout à fait à un macaron de sycosis trichophytique de la barbe, cette suppuration est très marquée. Les lésions reposent sur une base indurée. A leur niveau les poils ont conservé leur adhérence, l'épilation est douloureuse. Ces poils ne viennent pas entourés d'une gaine épaisse comme dans le sycosis. Toutefois quelques-uns sont purulents au niveau de leur bulbe.

L'examen du pus et des poils au point de vue mycosique est négatif.

La lésion n'est pas douloureuse à la pression.

Pas de ganglions engorgés.

Sur la face interne des lèvres, ulcérations persistantes rappelant les plaques muqueuses, fissurées au bord des lèvres. Langue opalescente.

25 avril 1907. — Les lésions ont complètement disparu par le traitement mixte intensif, sans laisser de cicatrice; injections de biodure 4 centigrammes, tous les deux jours; iodure de potassium, 4 grammes par jour.

Etude expérimentale, étude histologique : sont poursuivies, mais nos résultats sont encore trop incomplets pour que nous les donnions ici.

OBSERVATION IX (Personnelle)

(Résumée.)

(Recueillie à la clinique de l'Antiquaille,
service de M. le professeur Nicolas.)

Diagnostic. — Chancre syphilitique en 1900. En 1907, accidents syphilitiques des extrémités; syphilides tertiaires papulo-tuberculo-papillomateuses cornées de la main et du pied droits.

J... Joséphine, quarante-six ans, entre à la clinique de l'Antiquaille le *30 avril 1907* pour des lésions verruqueuses cornées du pied droit et des mains.

De par l'interrogatoire de la malade, l'on apprend qu'à l'âge de trente-neuf ans, il y a sept ans, elle a contracté un chancre syphilitique de la grande lèvre. La période des accidents secondaires généralisés a duré un an et demi environ, mais dans la suite la malade a toujours présenté quelques papules palmaires ou plantaires et de petites plaques rouges, cuivrées, infiltrées. Ce sont ces lésions ainsi localisées aux extrémités qui ont été le point de départ des lésions actuelles, soit par leur progression et leur extension, soit par l'apparition de nouveaux éléments ayant conflué avec les premiers. Depuis un an, la surface des deux paumes des mains, la presque totalité du pied droit ont été envahies; par points, la lésion s'est complètement modifiée en prenant un caractère végétant papillaire corné.

Actuellement, 30 avril 1907, les lésions en activité siègent exclusivement sur les membres et plus particulièrement aux extrémités. En raison des différences objectives qu'elles présentent, il y a lieu de les examiner en chacune des régions atteintes.

Sur la *main gauche*, à la face palmaire, les lésions se

présentent sous le type de la *syphilide palmaire tertiaire psoriasiforme en nappe et lenticulaire*. Des placards de syphilides papulo tuberculeuses existent sur le pouce, la face dorsale de la main, l'avant-bras gauches.

Sur la *main droite*, à la face palmaire et sur son bord radial, débordant légèrement sur la face dorsale, les lésions ont pris un *caractère papillomateux corné* tout à fait analogue à celui donné par la tuberculose verruqueuse. La lésion est constituée dans son ensemble par une série de noyaux plus ou moins arrondis ou ovalaires, de la surface d'une lentille à une pièce de 2 francs; ils restent isolés au contraire, confluent en plaques circonscrites, cette circinsation est d'ailleurs l'aspect général du bord de la lésion. La saillie faite par chacun des noyaux est variable de 2 à 4 millimètres, plus prononcée au centre qu'à la périphérie. La sensation donnée au toucher est rugueuse, la lésion étant hérissée de végétations papillaires dures et cornées qui sont apparues sans ulcération préalable. Celles-ci sont séparées par des sillons plus ou moins profonds qui individualisent nettement les papilles. Les sillons ne sont pas ulcérés, ni suppurant, *l'état de sécheresse est complet*. A la pression, on ne peut faire sourdre du pus en aucun point. La plupart des noyaux isolés sont parfaitement limités, émergeant de la peau saine; ceux des plaques confluentes sont entourés d'une zone violacée.

Sur le *pied droit*, les lésions occupent toute la région postérieure du pied et du cou-de-pied, c'est-à-dire la face plantaire dans sa moitié postérieure, le talon et l'espace intermalléolaire postérieur. Elles sont limitées dans leur ensemble par des bords nets, bien limités et polycycliques. Elles sont constituées par des éléments objectifs variables; elles sont érythémato-papuleuses, avec soulèvement d'un épiderme corné épais par place, avec papules cornées isolées ailleurs, cicatricielles en d'autres points, papillomateuses cornées ailleurs. C'est cet aspect verruqueux qui frappe tout d'abord par son exubérance, sa couleur grisâtre fran-

chement noirâtre par place, par suite de l'accumulation de poussières. On reconnaît trois placards principaux.

Le premier, situé sur le bord interne du pied, à la limite de son tiers postérieur et de ses deux tiers antérieurs, a une surface de près d'un écu de 5 francs. Il est nettement limité et présente un aspect papillomateux sec et corné, avec des fissures ni ulcéreuses ni suppurantes. Il n'y a pas, à son niveau, de trace de processus cicatriciel spontané central ou périphérique.

Le second placard occupe le talon et se prolonge sur sa face plantaire. Les papilles ne sont plus isolées, le talon est recouvert comme d'une épaisse calotte cornée à la façon d'un durillon ; toutefois, par le grattage à la périphérie, l'on isole quelques papille et en enlevant cette couche cornée, l'on voit une surface hérissée de petites papilles rosées et molles.

Le troisième placard, très circonscrit, s'étend d'une malléole à l'autre sur la face postérieure du cou-de-pied en recouvrant surtout la malléole externe. Sur la malléole interne, il existe un premier noyau de la surface d'une pièce de 2 francs, assez bien isolé avec des papilles noires, cornées, polyédriques, bien isolées de leur base à leur sommet. Toutes les variétés morphologiques de végétations papillaires peuvent y être décrites, acuminées, fungiformes ou hémisphériques. Au niveau du tendon d'Achille, l'aspect est celui d'un durillon forcé, d'une lésion rupioïde avec une épaisse couche cornée croûteuse, en partie décollée par une ulcération suppurante. La lésion à ce niveau est douloureuse à la pression. Sur la malléole externe, la lésion est très exubérante, 5 à 6 millimètres, avec des papilles dures et cornées bien isolées pour la plupart ; elle est formée de la confluence de noyaux papillomateux. La malade ne se tenant pas en état de parfaite propreté, la lésion est généralement noire, mais cependant avec aspect plâtreux et blanchâtre par place. Pas de suppuration. Pas de points cicatriciels dans cette lésion.

A la face plantaire, à la périphérie de la lésion générale il y a un décollement épidermique corné très marqué.

Autour de ces placard papillomateux et sur la face plantaire, la région est érythémateuse, violacée, avec quelques papulo-tubercules rougeâtres.

Aucune douleur spontanée ou à la pression. Ni lymphangite, ni adénite.

En outre de ces lésions, on note quelques papules cutanées lenticulaires péribucales, une langue *scléreuse*.

Traitement mixte intensitif : biiodure de mercure, 2 centigrammes par jour; iodure de potassium, 4 grammes par jour.

20 mai 1907. — Les lésions se sont considérablement améliorées.

Etude expérimentale, étude histologique : sont poursuivies et seront données avec l'observation détaillée lorsqu'elles seront complètes.

OBSERVATION X (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Dr Bonnet.

Diagnostic. — Tuberculose verruqueuse, d'auto-inoculation secondaire. — Lymphangite, adénite. — Cautérisation ignée, guérison. — Examen histologique, lésions tuberculeuses.

D... Alexis, jardinier, trente-sept ans, vient à la consultation des Chazeaux, pour une lésion verruqueuse du dos de la main droite, en mai 1906.

Il ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Dans ses *antécédents personnels* : *bronchite à répétition* dans le jeune âge. *Pleurésie sèche* à droite, il y a quatre ans. *Pneumonie double* (??) deux mois après la pleurésie. Il y a trois ans, *ostéite du sacrum*, soignée par M. Mouisset, médecin des Hôpitaux de Lyon. Il y a deux ans : *néphrite*,

hématuries, le malade n'aurait jamais été enflé et n'aurait jamais eu d'albumine.

Le malade exerce la profession de jardinier, il se pique souvent les mains et présente souvent des érosions.

L'affection actuelle a débuté il y a deux mois et demi par une petite égratignure, comme celle, dit le malade, produite par les épines de rosier. La lésion n'a pas évolué vers la cicatrisation, elle a persisté ulcéreuse à l'état humide. Puis, peu à peu, elle a changé d'aspect, de simple ulcération, elle est devenue surélevée, bourgeonnante, avec une série de petites végétations telles que l'on en voit actuellement. Il s'est formé un petit noyau infiltré et verruqueux, un peu inflammatoire, avec légère suppuration, donnant des croûtelles, le tout n'excédant pas le volume d'une noisette. Le premier point atteint siégeait sur le dos du deuxième métacarpien droit. Il avait mis trois semaines à se constituer. Dans la suite, la lésion progressa jusqu'à la surface et l'aspect actuels.

Etat actuel. — Il existe une tumeur *ulcéro-papillomateuse* du dos de la main droite, vers le bord radial. Elle occupe une surface ovalaire dans son ensemble, longue de 5 à 6 centimètres, sur 2 à 3 de large. La surface est *ulcérée*, un peu suppurante. Du côté du bord radial, elle forme une sorte de macaron, surélevé, papuleux, à surface assez lisse, sans végétations marquées. Du côté opposé, au contraire, l'on a un *aspect verruqueux* typique avec de très nombreux prolongements papilliformes. Ceux-ci sont humides et assez mous généralement. Dans sa partie inféro-médiane, la lésion a un aspect corné dur. Entre les saillies papillaires et à la périphérie, très nombreuses petites *ulcérations miliaires* suppurantes, en quelques points périphériques, véritables ulcérations. Le tout rappelle l'aspect de certaines plaques de trichophytie suppurée.

La lésion repose sur une base infiltrée, mais cette infiltration ne dépasse pas le derme, la peau est encore parfaitement mobile sur le plan tendineux sous-jacent. Le bord

n'est pas régulier, il est déchiqueté, il est plutôt décollé que taillé à pic; par place, il est franchement aminci. Tout autour se voit une zone périphérique violacée.

Pas de lymphangite réticulaire ou tronculaire dans le voisinage immédiat. Le ganglion épitrochléen n'est pas engorgé. A la partie supérieure du bras, à la face interne, dans la gouttière du paquet vasculo-nerveux, un peu en avant, on perçoit un *engorgement lymphatique* qui semble plutôt être dû à un point de lymphangite nodulaire qu'à de l'adénite véritable. Dans le creux de l'aisselle, *pléiade ganglionnaire*, dure, isolée, non douloureuse.

Poumons : rien de particulier.

Biopsie ; pointes de feu.

9 juillet. — Anesthésie, raclage igné au thermo-cautère.

19 juillet. — Le lymphangite et l'adénite ont rétrocedé.

29 septembre. — Le malade est complètement guéri.

Mai 1907. — Le malade n'a eu aucune récidence.

Examen histologique, par M. le Dr Bonnet. On trouve les *formations caractéristiques de la tuberculose verruqueuse* : proliférations épithéliales intenses, papilles allongées, cellules géantes et infiltration embryonnaire du corps papillaire.

OBSERVATION XI (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur Rochet,
maladies des voies urinaires.

Diagnostic. — Tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive par morsure. — Adénites et abcès tuberculeux précoces. — Tuberculose du sommet du poumon correspondant consécutive.

M... Grégoire, trente-quatre ans, passementier, est hospitalisé dans le service de M. le professeur Rochet, pour un peu de dysurie, mais dans son histoire pathologique, nous relevons une tuberculose verruqueuse d'inoculation

primitive avec complications, lésions tuberculeuses multiples et généralisation pulmonaire consécutives.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier, pas de prédisposition à la tuberculose.

Antécédents personnels. — Le malade n'a fait aucune maladie dans le jeune âge. Il a fait trois années de service militaire, sans un jour de maladie. Dans la suite, il a exercé le métier de passementier, il gagnait bien sa vie, vivait dans de bonnes conditions hygiéniques, et il n'était pas alcoolique. Nie toute syphilis.

En 1898, le 14 juillet, M... Grégoire est *mordu* sur le dos des articulations méta-carpo-phalangienne et phalango-phalanginienne de l'auriculaire droit par un individu dont le passé était connu. L'observation de cet homme, qui a un moment donné avait été hospitalisé à l'hôpital de la Croix-Rousse, portait le diagnostic de bacilliose pulmonaire; depuis, d'ailleurs, il est mort de sa tuberculose. Les blessures résultant de la morsure se cicatrisèrent tout d'abord assez rapidement. Mais, un mois après, au niveau de la cicatrice du dos de l'articulation métacarpo-phalangienne, apparut une petite tuméfaction violacée, de plus en plus molle. Elle finit par s'ulcérer, donna un peu de pus et la lésion se cicatrisa à nouveau. Un mois, un mois et demi plus tard il survint au même niveau, sur la cicatrice, une sorte de verrue, dit le malade, de la surface d'une lentille. *Dès cette époque, il y eut une adénite épitrochléenne et axillaire*, du même côté.

La lésion verruqueuse progressa peu à peu et au bout d'un an elle avait atteint la surface d'une pièce de 2 francs. Elle était alors constituée par une surface rugueuse avec toute une série d'élevures sèches et cornées. Il n'y aurait jamais eu de suppuration à partir de ce moment-là. Tout autour de la lésion verruqueuse la peau était lisse, un peu tendue et rouge.

A la fin de 1899, le malade est hospitalisé dans le service de M. le professeur Ollier, pour des *abcès froids* des

régions scapulaire et claviculaire droites avec points d'ostéite, semble-t-il. Les lésions furent incisées, curetées et guérirent assez rapidement, sans laisser de fistules. Il ne semble pas à ce moment que l'on ait eu l'attention attirée du côté de la lésion verruqueuse du malade.

En 1901, le malade, devenu *alcoolique* depuis quelque temps, a pour la première fois des symptômes qui font examiner ses poumons. Il est hospitalisé dans le service de M. Mollard, à la Croix-Rousse, pour des *hémoptysies*. Le diagnostic porté fut bacilliose au début du sommet du *poumon droit*. A l'occasion d'un second séjour, que fit dans le même service le malade, en 1903, il consulte M. Villard, chirurgien des Hôpitaux, pour sa lésion verruqueuse.

Celle-ci s'était légèrement agrandie, mais était restée absolument sèche. M. le Dr Villard porta le diagnostic de *tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive*, et fit rechercher l'observation de l'individu qui avait mordu le malade. Le malade eut sa lésion traitée par la *radiothérapie*. Celle-ci amena bien une chute escharrotique des végétations ; mais il persista une ulcération qui n'eut jamais de tendance à la cicatrisation et alla, au contraire, en se creusant en profondeur et en surface, elle attaqua assez rapidement les tendons de l'auriculaire et de l'annulaire, par suite de leur insuffisance, ces doigts se mirent en flexion.

En 1904, au point cicatriciel phalango-phalanginien resté indemne depuis 1898, apparut une crevasse sur un noyau corné. Il se fit une ulcération qui progressa peu à peu jusqu'à l'articulation et donna du *spina ventosa*. Le malade fut, à ce moment, *amputé* des deux doigts et des deux métacarpiens correspondant, par M. Villard.

Depuis cette époque, le malade a fait divers séjours dans des services de médecine pour bacilliose du sommet droit. Tout récemment encore il fut soigné comme tel dans le service de M. le Professeur Lépine.

Actuellement : le malade présente, en outre des cica-

trices de son amputation, et des abcès de l'omoplate et de la clavicule, un *ganglion épitrochléen*, une *pléiade de ganglions axillaires* engorgés, du *côté droit*. Il n'y a aucun ganglion à gauche. Il y a des signes évidents de *tuberculose du sommet droit*, correspondant au côté de son inoculation verruqueuse, mais la marche en est lent.

OBSERVATION XII (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Froment, moniteur de clinique.

Diagnostic : Tubercule anatomique.

Lésions histologiques tuberculeuses.

X..., étudiant en médecine, 29 ans, en *mars 1904*, se fait quelques éraflures à la main droite dont une au niveau de l'articulation phalango-phalangienne de l'index. Il continue néanmoins à faire des *autopsies* ne prenant, pour éviter les infections, que la précaution de se laver très souvent les mains. A ce moment, il dut, par intérêt scientifique, examiner longuement des *poumons de tuberculeux*.

L'écorchure précitée ne guérit pas. Il se formait une croûte qui, en se détachant, laissait à nu une zone surélevée, indurée, rouge. La lésion prit peu à peu un aspect en écumoir, sur une zone nettement surélevée, de la surface d'une pièce de 0 fr. 50, avec quelques verrucosités. La croûte était enlevée de temps en temps et il sortait une petite goutte de pus. L'interruption des autopsies, l'immobilisation du doigt, n'amenèrent pas de guérison.

En *mai 1905*, le tubercule ayant plutôt une tendance à progresser, fut enlevé par M. Nové-Josserand, chirurgien des Hôpitaux. Il n'avait jamais donné d'adénopathie. Anesthésie à la stovaine, *excision*, *suture*. Le tubercule excisé avait la surface d'une pièce de 0 fr. 50, il n'intéressait en profondeur que le derme. L'*inoculation* au cobaye fut faite, mais l'animal mourut dès le lendemain (??).

Mai 1907. — *Aucune récédive*. Cicatrice souple, sans nodule jamais *aucune adénopathie*.

Examen histologique par M. Favre: La coupe comprend la partie superficielle du derme et de l'épiderme. On ne peut par conséquent savoir quelle était en profondeur l'extension des lésions.

L'épiderme est considérablement *augmenté* d'épaisseur avec des lésions très accusées d'*hyperacanthose* et d'*hyperkératose*. Infiltration dense de la zone papillaire. Au-dessous de cette zone, l'infiltration se poursuit dans le derme, mais plus discrète.

Nous avons, en un point, au sommet d'un prolongement papillaire, trouvé un petit *follicule* typique composé de trois *cellules géantes*, de quelques cellules épithélioïdes et embryonnaires. Sur une des coupes nous avons vu un abcès intra-épidermique très net. Sur toute la surface de l'épiderme et dans ses prolongements on note une diapédèse très active.

Il ne nous a pas été possible de pouvoir étudier l'état de la couche profonde du derme et de l'hypoderme.

OBSERVATION XIII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le D^r Morestin, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Diagnostic. — Tuberculose ulcéro-verruqueuse, d'inoculation exogène primitive. — Lymphangite tuberculeuse tronculaire.

Un Italien, d'une quarantaine d'années, entre le 7 septembre 1904, à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, dans le service de M. Ricard, suppléé par M. Morestin. Il n'exerce pas de profession déterminée et fait toute besogne qui se présente. La lésion qui l'amène à l'hôpital évolue depuis plusieurs mois, sans avoir été l'objet d'aucun traitement. Elle occupe la face dorsale de la main droite, qu'elle couvre

depuis le bord cubital jusqu'au troisième métacarpien, depuis la commissure du petit doigt et de l'auriculaire jusqu'à l'interligne radio-carpien. Dans ses *deux tiers inférieurs*, cette lésion offre tous les caractères d'une *tuberculose verruqueuse typique*, dans son *tiers supérieur*, ceux d'une *tuberculose ulcéreuse*. La partie ulcérée est en voie d'accroissement rapide, avec une zone rouge assez large qui l'entoure, indiquant l'envahissement des téguments.

Sur le côté interne de l'avant-bras, dans sa moitié supérieure, on reconnaît par la palpation un *cordon sous-cutané*, dur, roulant sous le doigt, verticalement ascendant, offrant la résistance d'un fil métallique. Est évidemment un lymphatique induré. Contrairement à ce que l'existence de cet engorgement d'un vaisseau lymphatique pouvait faire supposer la recherche des ganglions épitrochléens et axillaires est restée négative. La lésion est purement cutanée. La plaque tout entière est mobile sur les plans profonds. Il n'existe aucune altération des os sous-jacents, ni des articulations. Le jeu des tendons n'est nullement entravé. La main a gardé toute sa force et le malade n'éprouve aucune souffrance. Il est grand, robuste, admirablement bâti, ne tousse pas et n'a jamais eu jusqu'ici de maladie sérieuse.

M. Morestin propose l'*extirpation large* des téguments altérés, et leur remplacement par une *greffe italienne* prélevée sur la paroi abdominale antérieure.

Cette proposition est fort mal accueillie, et, le malade quitte l'hôpital le lendemain.

OBSERVATION XIV (inédite).

Due à l'obligeance du Dr Morestin, professeur agrégé,
chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Diagnostic. — Tuberculose verruqueuse d'auto-inoculation secondaire à une ostéite malléolaire. Autoplastie par la méthode indienne. Guérison.

Jeune fille âgée de vingt ans, vue à la consultation de

l'Hôpital Broussais en 1897, est opérée cette même année par M. Morestin, pour une tuberculose verruqueuse, occupant la *face externe du cou de pied* du côté droit. La plaque ovale, allongée verticalement, couvrait la malléole externe, la dépassant un peu en avant et en arrière, s'arrêtant à quelques millimètres de la pointe. Elle avait 3 centimètres environ de hauteur, 2 centimètres et demi de largeur. Il y avait eu autrefois, dans l'enfance, une petite ostéite malléolaire qui s'était terminée par la guérison.

Opération par M. Morestin. *Extirpation* de la plaque. Pour ne pas laisser la malléole à découvert, il fut taillé un petit *lambeau* sur la partie antéro-inférieure de la jambe, lambeau à pédicule postéro-inférieur. Ce lambeau mis en place protégeait très bien la saillie malléolaire qui se trouvait ainsi recouverte de téguments normaux. La plaie d'emprunt fut abandonnée à elle-même, ses bords ne pouvant être amenés au contact.

Les suites furent des plus heureuses et la malade guérit très rapidement.

Aucune adénopathie et la lésion osseuse initiale semblait éteinte.

OBSERVATION XV (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Morestin, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Diagnostic : Tuberculose verruqueuse périanale, d'auto-inoculation secondaire à un abcès froid sur la marge de l'anus. — Excision, autoplastie par un lambeau scrotal. Refection d'un anus cutané. Guérison de la lésion locale.

Lucien Th... 43 ans, est adressé le 3 mars 1901 à M. Morestin, dans le service de M. Richelot à Saint-Louis, par M. le professeur Fournier, pour une *tuberculose verruqueuse périanale très étendue*.

Il est « ouvrier de cornes » et « fait un travail de brute »

très pénible. Il est alcoolique, au moins trois litres de vin et trois absinthes par jour. Quoique fortement charpenté, et autrefois très robuste, il est devenu tuberculeux. Il est aujourd'hui amaigri et pâle. Il a toussé beaucoup les hivers 1899-1900 et 1900-1901. Au cours de ce dernier, il a eu une *hémoptysie*. Th.... a eu cinq enfants, dont trois sont morts en bas âge.

Les lésions qui justifient son passage en chirurgie, ont débuté depuis quatre ou cinq mois. Th.... parle d'une élévation constatée dans le voisinage de l'anus considérée comme un clou, puis comme un orifice fistuleux qui en aurait été le point de départ.

Cette description pourrait faire supposer que le malade aurait eu un *abcès* dont l'ouverture aurait laissé une fistule, laquelle aurait inoculé les téguments. Mais on ne retrouve aujourd'hui aucune trace de ce trajet fistuleux. Le malade n'a eu ni diarrhée, ni constipation opiniâtre, ni écoulement sanguin ou purulent par l'anus. La lésion a évolué d'une manière indolente, provoquant seulement quelques démangeaisons. Celles-ci sont devenues beaucoup plus vives pendant une période où l'on avait cru devoir soumettre le malade à un traitement ioduré énergique.

A droite et à gauche de l'anus, on voit deux grandes plaques surélevées, celle de droite beaucoup plus étendue que l'autre. Elles se rejoignent en avant, sans se confondre complètement et s'étendent sur le périnée antérieur. En arrière, elles viennent jusque sur les bords du coccyx. Celle de droite couvre presque toute la région ischio-rectale, celle de gauche est un peu moins large. Les plaques sont fournies par la juxtaposition d'innombrables petites saillies d'aspect papillomateux, de coloration légèrement rosée, reposant sur une base commune, de consistance jaune, indolente à la pression. La lésion n'est pas couverte d'une croûte, elle n'est pas suintante mais sèche, rude au toucher. Les plaques sont parcourues par quelques fissurations semblant s'irradier de l'anus.

A la face interne de la cuisse droite, immédiatement au-dessous du sillon périnéo-anal, se voit un petit abcès froid sous-cutané, gros comme une noisette.

Les lésions sont superficielles et s'arrêtent à l'anūs : l'exploration du canal anal et du rectum demeure absolument négative.

En mars 1901. *Opération* (par M. Morestin). *Extirpation très large* de tous les téguments malades, opération qui ne présenta en elle-même aucune difficulté sérieuse mais nécessita une hémostase assez laborieuse et créa une énorme perte de substance, allant de la racine du scrotum au coccyx, et presque d'un ischion à l'autre. Pour les combler, M. Morestin se servit du *scrotum*, qui chez ce sujet était fort ample et descendait très bas. A l'aide de deux incisions latérales il le divisa presque en deux moitiés, les laissant unies l'une à l'autre par le fond du scrotum. Il fut ainsi obtenu un vaste lambeau mobile, malléable et extensible à un degré extraordinaire. Il se laisse docilement attirer en arrière, modeler, suturer aux bords de la perte de substance. Il fut troué à sa partie postérieure à cause de l'anūs et les lèvres de cette perforation suturées au contour de l'orifice anal. Les deux testicules se trouvaient provisoirement appliqués contre le périnée, entre les cuisses.

Le *résultat immédiat* était on ne peut plus satisfaisant à l'œil. Mais les jours suivants, le scrotum étalé s'infiltra de sang et de sérosité et devint le siège d'une tuméfaction considérable, obstruant l'anūs, rendant les évacuations alvines particulièrement laborieuses. Par suite d'infections inévitables dans ces conditions, quelques points du lambeau se mortifièrent, mais la plus grande partie vécut et se greffa. La greffe demeura suffisante pour couvrir la perte de substance. Plusieurs retouches furent nécessaires pour assurer l'adaptation du lambeau et pour rendre aux bourses un aspect normal en reconstituant un scrotum avec la moitié du scrotum primitif. Ce travail de reconstitution ne fut terminé qu'au mois de novembre 1902, après un total de cinq

interventions. Aussi, M. Morestin conclut-il qu'il est indéniable que l'histoire de ce malade ne prouve pas en faveur de la qualité du scrotum comme matériel plastique.

Peu de temps après sa guérison le malade fut pris d'une poussée appendiculaire avec empâtement assez considérable dans la fosse iliaque droite. Le repos, la glace, l'opium amenèrent la résolution. D'autre part les lésions pulmonaires s'aggravèrent de plus en plus au cours de l'hiver 1902-1903. Le sujet fut admis dans un service de médecine et il est probable qu'il est mort quelques mois après de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XVI (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Morestin, professeur agrégé,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Diagnostic : Tuberculose verruqueuse multiple, d'origine inconnue. — Excision d'un placard, guérison par réparation cicatricielle spontanée.

Gilbert B., garçon épicier, 16 ans, est adressé le 25 juin 1906 à M. Morestin par M. le Dr Milian. Il est porteur de *plusieurs plaques de tuberculose verruqueuse* parfaitement typiques. Elles occupent la face dorsale des *deux pieds* ; la face dorsale des *orteils*. (Plusieurs plaques sont d'une surface variant de celle d'une lentille à celle d'une pièce de deux francs) ; la face externe du *genou* (surface d'une pièce de un franc) du *coude gauche* (surface d'une pièce de cinquante centimes) ; le *poignet* gauche au niveau du bord cubital (surface d'une pièce de un franc). Le sujet est en outre porteur de nombreuses *verrues vulgaires* au niveau des doigts et sur la face palmaire des deux mains.

Les lésions tuberculeuses ont débuté par les pieds. Toutes sont indolentes, le malade n'est aucunement gêné pour la marche, bien qu'il soit astreint à de longues stations debout. Les lésions des mains ne l'incommodent pas

non plus, mais comme elles sont très apparentes, Gilbert B. désirerait en être débarrassé.

L'état général est excellent, le sujet ne présente aucun signe de bacilliose pulmonaire. Il est assez grand et bien développé. Ses parents sont vivants et en bonne santé, mais il a perdu deux sœurs l'une de méningite, l'autre d'une affection thoracique.

B... refusant d'entrer à l'hôpital, il est impossible d'instituer un traitement complet et de remplir en une séance toutes les indications.

27 juin 1906, *extirpation* à la cocaïne, par M. Morestin, de la plaque occupant le bord cubital du poignet gauche. La plaie laissée par l'ablation de cette plaque est plus grande qu'une pièce de deux francs. Elle est abandonnée à la *réparation spontanée*.

Elle se *répare lentement*, se comble, se nivelle, se réduit peu à peu. Le pansement est refait tous les deux ou trois jours. Par suite de circonstances indépendantes de la volonté du chirurgien, ni autoplastie immédiate, ni greffes secondaires, n'ont pu être tentées.

La plaie met deux mois à se cicatriser complètement. Les autres lésions n'ont pu être traitées, le malade ne s'y étant pas prêté.

OBSERVATION XVII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Tixier, professeur agrégé,
chirurgien des Hôpitaux de Lyon.

Diagnostic : Péritonite tuberculeuse à forme suraiguë. —
Guérison. — Tuberculose verruqueuse consécutive de
la peau de l'avant-bras droit.

Henriette X..., vingt-neuf ans, mariée, mère de deux enfants en excellente santé, est prise subitement en mars 1899, de phénomènes abdominaux graves. Une douleur vive à point de départ pelvien oblige la malade à se mettre

au lit : immédiatement, nausées, vomissements, pouls rapide, température, 39 degrés, 39°5, 40 degrés; facies péritonéal.

On pense à une appendicite. La malade est transportée dans le service du Dr Josserand, salle Sainte-Clotilde, à l'hôpital de la Croix-Rousse. L'état, pendant quatre ou cinq jours est très grave, les signes de *péritonite généralisée* s'accusent de plus en plus, le météorisme est énorme; il y a du liquide. M. Gangolphe consulté ne conseille pas l'intervention.

Au bout d'une semaine environ, tandis que les symptômes péritonéaux vont en s'amendant légèrement, apparaissent des signes pulmonaires révélant une pleurésie droite, on diagnostique alors une *tuberculose pleuro-péritonéale*. La situation est de plus en plus grave.

Cependant, peu à peu l'état général devient meilleur : la température baisse, la malade s'alimente. Après une convalescence de plusieurs mois, la malade part à la campagne, très amaigrie et ayant l'aspect d'une tuberculeuse en évolution.

L'année suivante, alors que ses lésions abdominales paraissent guéries, que son état général est meilleur, elle voit se développer sur l'avant-bras droit, au-dessous du pli du coude, une ulcération bâtarde qui résiste à tout traitement curateur et qui progresse avec une allure torpide. Elle vient consulter M. Tixier, alors interne à l'Hôtel-Dieu, qui reconnaît une *tuberculose verruqueuse* de la peau.

De larges placards à bords polycycliques occupent l'avant-bras : le fond en est grisâtre, saignant, avec rebords irréguliers. C'est une tuberculose manifeste qui devient la *signature de l'affection abdominale* présentée par la malade, et à plusieurs reprises en 1894, 1895 et 1896, M. Tixier lui fait des *cautérisations* énergiques au thermo-cautère, avec *curetage* des parties bourgeonnantes. Les lésions se réparent peu à peu et finissent par guérir complètement.

Depuis, cette femme a eu un enfant actuellement en bonne santé, et elle-même se porte bien.

OBSERVATION XVIII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Tixier,
professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux de Lyon.

Diagnostic : Péritonite tuberculeuse ascitique. — Laparotomie avec évacuation d'une grande quantité d'ascite.
— Tubercule anatomique du dos de la main gauche.
— Cautérisation. Guérison opératoire.

A..., vingt-deux ans, entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, en avril 1907, dans le service du professeur A. Pollosson, alors suppléé par le Dr Tixier.

Cette grande jeune fille, maigre, cachectique, présente une *péritonite tuberculeuse* typique avec diarrhée, amaigrissement progressif, etc., le ventre est énorme.

De plus, sur le dos de la main gauche, elle présente depuis plusieurs mois un bouton qui ne guérit pas : il est gros comme un grain de blé. La peau, à ce niveau, est rouge vineuse, le derme épaissi et infiltré. C'est un *tubercule anatomique* typique.

On profite de l'anesthésie pratiquée pour la laparotomie pour *cautériser* largement au thermo-cautère son tubercule anatomique.

La malade quitte la Charité le 7 mars pour aller en convalescence. Les lésions abdominales et cutanées sont en bonne évolution.

CONCLUSIONS

« La tuberculose verruqueuse ayant été l'objet, de notre part, d'un travail général, nous avons annexé des conclusions à chaque chapitre. Nous ne donnons ici que les conclusions des points que nous avons voulu mettre en valeur. »

I. — La tuberculose verruqueuse de la peau, au sens actuel du mot, ne saurait être entendue comme une entité nosologique parfaitement définie. En dehors de la nature tuberculeuse de cette affection, de l'atteinte des couches superficielles du revêtement ectodermique, peau et muqueuses dermo-papillaires, par les lésions tuberculeuses, il n'existe aucun critérium étiologique, clinique, pronostique, histologique ou bactériologique qui permette d'individualiser cette forme de tuberculose cutanée. La tuberculose verruqueuse, dans son sens le plus général, comprend ainsi toute tuberculose cutanée avec état papillomateux. Elle traduit une végétation des papilles, avec une prolifération du corps muqueux de Malpighi ; c'est une réaction histologique spéciale de la peau sous l'influence de l'envahissement de ses parties superficielles par les lésions bacillaires. Elle

rentre dans la classe du lupus, dont elle est une modalité surtout objective, un lupus papilliforme.

II. — Il ne faut pas chercher à hiérarchiser des formes dans la tuberculose verruqueuse d'après la virulence, en dehors de l'étiologie. Mais, par celle-ci, il est de la plus haute importance pratique de considérer à part le groupe des formes verruqueuses d'inoculation exogène primitive. Elles constituent un premier foyer tuberculeux, local d'abord, mais toujours susceptible de donner dans la suite une généralisation viscérale de l'infection tuberculeuse. Celle-ci est fréquente, aussi le pronostic des formes inoculées primitives est-il toujours grave.

Il n'y a pas lieu à ce point de vue d'établir de distinction entre la tuberculose verruqueuse, telle que la concevaient cliniquement et étiologiquement Riehl et Paltauf, et le tubercule anatomique. Celui-ci semble, aussi, être toujours de nature tuberculeuse et il comporte un même pronostic de gravité. S'il est des formes qui restent torpides pendant de longues années, ou même guérissent spontanément, l'on n'est jamais en droit de porter un diagnostic de bénignité pour l'avenir. L'on ne peut jamais être sûr que la virulence des lésions ne s'éveillera pas, et qu'elle ne donnera pas à un certain moment, surtout sous des influences de modifications du terrain du sujet, des généralisations de l'infection tuberculeuse.

III. C'est pourquoi il y a nécessité, dans tous les cas de tuberculose verruqueuse, d'inoculation exo-

gène primitive, de faire un traitement précoce, rapide, radical, sans dangers d'infections spécifiques secondaires. Pour remplir ces indications, l'ablation chirurgicale est le traitement de choix toutes les fois qu'elle est possible. Bien conduite, avec une bonne technique opératoire, elle permet d'éviter toute récurrence locale et les infections secondaires. Si la lésion verruqueuse a déjà donné une infection bacillaire localisée des ganglions, il ne faut pas hésiter à extirper ceux-ci.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
NICOLAS

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
J. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 mai 1907.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON, Lupus verrucosus multiple (*British Journ. of Dermat.*, t. VI, 1895, t. VII, 1899).
- ADENOT, De l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées. Fréquence et obscurité de cette origine dans les affections lupoides des extrémités (*Rev. de chir.*, 1893).
- Nouvelle note à propos de l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées (*Ann. de dermat. et syphilig.*, 1895).
- ALLEN, Tuberculosis verrucosa cutis (*Bull. de New-York dermat. Society*, 1901).
- ALLIBE, Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées. Cellules géantes et follicules syphilitiques (thèse Lyon, 1907).
- ANDERSON (Mac Call), Lupus verrucosus (*Lecture XVI on Clinical medicin*, p. 220-224, 1877).
- Scrofuloderma verrucosum (*Glasgow med. Journal*, 1889).
- ANGIBAUD, Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau (thèse Paris, 1890-91).
- ARRIVAT, Sur la tuberculose papillomateuse de la peau (thèse Montpellier, 1890-91).
- ARLOING, L'inoculabilité de la tuberculose humaine (*Bull. Acad. de méd.*, 24 décembre 1901).
- Unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine (*Presse médicale*, 12 février 1902).
- ASAHI, Untersuchung einiger in Tokio beobachteten Falle von Tuberculosis verrucosa cutis (*Japanische Zeitschrift f. Dermat. u. Urol.*, septembre 1902, analyse in *Giorn. ital. della mal. vener.*, 1904).
- ASSELBERGS, Forme clinique du lupus papillomateux dû à l'inoculation externe (*Presse méd. belge*, 1902).
- AUCLAIR, Etude expérimentale sur le poison du bacille tuberculeux humain (thèse Paris, 1897).
- AUDRY et DALOUS, Sur le tubercule des anatomistes (*Journal des maladies cutanées*, juillet 1903; *Société de dermatologie*, 10 avril 1903; *Ann. de dermat. et syph.*, 1903).

- AUDRY, Lupus lingual (*Ann. de dermat.*, 1895).
- AUGUY, *De la tuberculose linguale* (thèse Paris, 1895-96).
- BAERMANN et HALBERSTÄTER, Tuberculose expérimentale de la peau des singes (*Berliner klin. Woch.*, 1906, n° 7).
- BARBIER, Des portes d'entrée de la tuberculose (*Gaz. méd. de Paris*, 1888).
- BARRANIKOW, Recherches expérimentales sur la tuberculose verruqueuse cutanée, (en russe), (*Journ. Rus. Dermat.*, 1902, n° 10, analyse in *Archiv. für Dermat.*, t. LXX).
- BARTHÉLEMY, *Le tubercule anatomique ou professionnel des doigts, sa cure rapide et certaine par les pointes de feu* (Congrès internat. pour l'étude de la Tuberculose, 1888).
- BATIER, *Tuberculose humaine et tuberculosés animales, leur unité* (thèse Lyon, 1907).
- BATUT, *De la tuberculose verruqueuse non ulcéreuse* (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1894).
- BAUMGARTEN, Un cas de tubercule anatomique papillomateux (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1875, n° 4; analyse in *Revue Hayem*, 1875).
- BAUR, *Traitement du lupus. Emploi des greffes dermo-épidermiques* (thèse Nancy, 1891).
- BAZIN, Scrofule (Leçons sur la), 1861.
— LUPUS, in *Dictionnaire Dechambre*, 1870.
— DERMATOSES, in *Dictionnaire Dechambre*, 1883.
- BECLÈRE, De la fréquence de la tuberculose verruqueuse du dos de la main droite au cours de la tuberculose pulmonaire (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 25 mars 1898).
- BEHREND, Développement d'un lupus chez un phtisique par inoculation (*Soc. méd. berlinoise*, 1891; *Semaine médic.*, 1891).
- BERTRAND, Tuberculose multiple. Tuberculose cutanée verruqueuse (*Lyon médical*, 1906, p. 118).
- BESNIER, Tuberculose verruqueuse de la peau (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1889).
- BESNIER et DOYON, *Annotations à l'article LUPUS de Kaposi*, 1891.
- BIDWELL, Le traitement radical du lupus (*The Lancet*, 21 july 1894).
- BLANDAMOUR, *Du traitement du lupus par le radium* (thèse Paris, 1902-1903).
- BLASCHKO, Tuberculosis verrucosa cutis (*Soc. Berlin. Dermat.*, 15 janvier 1895; *Berlin. klin. Woch.*, 1895).
— Lichen simplex verrucosus, tuberculosis verrucosa cutis (*Verh. Vien. Gesell.*, 1902).
— Lichen scrofulosorum mit tuberculosis verrucosa cutis (*Archiv. f. dermat.*, 1903).
- BLAYAC, *Du traitement du lupus par l'extirpation* (thèse Montpellier, 1901-1902).

- BOLLINGER, Zur ætiologie der Tuberkulose (*Munchener med. Wissensch.*, 1883).
- BONNIN, *Contribution à l'étude de la tuberculose de la vulve* (thèse Paris, 1903-1904).
- BOSELLINI, Di una dermatite cronica verrucoïde circoscritta delle mani (*Giornal. mal. ven. et pelle*, 1905, 1906).
- DE BOVIS, Adénite tuberculeuse linguinale, tuberculisation étendue de la peau, à type verruqueux, cité in Maucclair, 1901.
- BOWEN, Tuberculose cutanée (*Boston méd. and surgical Journal*, 1888; *Journ. of Cut. and Genit. Urin. diseases*, 1890, p. 462).
- A case of verrucous tuberculosis in a child (*American Dermat. Medical Record*, 2 septembre 1891).
- BOWKER, The successful treatment of a few cases of lupus (*The Lancet*, 24 novembre 1903).
- BOURRAS, *Contribution à l'étude du tubercule anatomique* (thèse Toulouse, 1903-1904).
- BRAQUEHAYE, Tubercules anatomiques chez un garçon boucher (*Ann. de la polyclin. de Bordeaux*, 1889).
- BRAYTON, The immediate diagnosis of blastomycetic dermatitis (*Journ. of American Association*, 1^{er} février 1902).
- BRIEGER (O.), Uber tuberculosis verrucosa cutis (*Virchow's Archiv.*, Bd 119).
- BRISSAUD, LUPUS, in *Dictionnaire Jaccoud*; SCROFULE, in *Dictionnaire pratique des Sciences médicales*, 1882.
- Tuberculose cutanée (*Bull. Soc. méd. Hôp. Paris*, 1887).
- Etude sur les tuberculoses locales (*Archiv. gén. de méd.*, 1887).
- BRISSAUD et GILBERT, Tuberculose papillomato-crustacée (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 1887, 1889).
- BROCA, Tuberculose cutanée (*Gaz. heb.*, 1889; *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*, 1897).
- BROcq, *Traitement des maladies de la peau*, 1892.
- *Traité élémentaire de dermatologie*, t. I, 1906.
- BROUARDEL, *De la tuberculose des organes génitaux de la femme* (thèse Paris, 1865).
- BROUSSE et ARDIN-DELTEIL, *Tuberculose cutanée à manifestations multiples et variées* (Congrès français de médecine de Montpellier, 1898).
- BROWN, The pathology of tuberculosis of the skin (*Americ. Dermat. Associat. in Med. Record*, 2 septembre 1886).
- BROWN-SEQUARD, *Tubercule anatomique papillomateux* (Société de biologie, 1884).
- BRUGGER (O.), Tuberculosis verrucosa cuti (*Memorie Acad. med. di Genova*, p. 75, 1888).
- BULKLEY, *New-York dermatol. Societ.*, 223^e cession, 1893.
- BUSCH, Uber die Epitheliomartige form des Lupus der Extremitäten (*Langenbeck's Archiv.*, t. XV; *Klin. Archiv. für Chirurgie*, Bd 15).

- BUSCHKE, Ueber die Radical extirpation der lupus (*Archiv. fur dermat.*, 1899).
- CAMPANA, *Tuberculose de la peau et des muqueuses des organes génitaux externes* (Congrès de Pavie, 1887).
- Tuberculosi cutanea verrucosa e semplice (*Memorie Acad. med. di Genova*, 1888).
- Tuberculosi cutanea (*Clinica dermosifilopatica della R. univers. di Roma*, juillet 1906).
- CAPITAN, Tuberculose cutanée primitive par inoculation directe (*Médecine moderne*, 20 octobre 1890).
- DU CASTEL, *Tuberculosos cutanées*, 1892.
- CHANAX, *De l'inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux viscéraux* (thèse de Lyon, 1898).
- CHARON et GEVAERT, Lupus primitif de la plante du pied (*Presse médicale belge*, 1889).
- CHAUVEAU, *Discussion sur le tubercule anatomique* (Congrès de la tuberculose, 1888).
- CHOTZEN, Tuberculosis verrucosa cutis (*Breslauer dermatol. Vereinigung*, 16 juin 1900; discussion : Neisser, Oppler).
- COGNAC, Lupus tuberculeux verruqueux (*Journal de méd. de Bordeaux*, 21 février 1892).
- COLCOTT-FOX, Lupus psoriasis d'Hutchinson (*British Journ. of Dermat.*, 1895).
- Tuberculose miliaire exanthématique avec noyaux papillomateux (*British Journ. of dermat.*, 1898).
- Congrès internationaux pour l'étude de la tuberculose, 1888-1905.
- Congrès international d'hygiène, Bruxelles, 1903.
- Congrès international de médecine vétérinaire, Buda-Pest, 1905.
- COMBY, Tubercules cutanés multiples (*Ann. de dermat.*, 1889).
- Cinq cas de tuberculosos verruqueuses chez des enfants (*Archiv. de méd. des Enfants*, décembre 1898).
- CORDIER et TOURNIER, Tuberculose de la peau inoculée par tatouage (*Lyon Médical*, 1899).
- CORNIL et RANVIER, *Traité d'histologie pathologique*, 2^e édition, 1884).
- CROCKER (R.), *Traité des maladies de la peau*, Londres, 3^e édition, 1903.
- CROS, *De la tuberculose viscérale généralisée consécutive aux tuberculosos cutanées* (thèse Toulouse, 1898-1899).
- CROSNIER, *De l'inoculation secondaire de la peau consécutive à l'ouverture de foyers tuberculeux sous-cutanés et profonds* (thèse Paris; 1888-89).
- DAINVILLE, Tuberculose verruqueuse de la langue (*Bull. Soc. Anat. Paris*, mars 1904).
- DANLOS, Ulcères tuberculeux du pied; tuberculose verruqueuse; tuberculisos pulmonaire consécutive (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1899).

- DARIER, *Anatomie pathologique de la tuberculose verruqueuse* (thèse Angibaud, Paris, 1891).
- Du lupus de la langue (lupus papillomateux avec dégénérescence scléreuse) (*Ann. dermat. et syphil.*, 1895).
- La tuberculose verruqueuse de la peau (*Journ. des praticiens*, 15 août 1903).
- DEBOVE, Tuberculose cutanée (*Gaz. des Hôp.*, 1890).
- DELORE, Un cas de nanisme par atrophie du corps thyroïde, tuberculose verruqueuse du talon (*Lyon Méd.*, 1897).
- DENEKE, Ein Falle von tuberkuloser inoculation (*Deutsch. med. Woch.*, 1890).
- DESCHAMPS, Etude sur quelques ulcérations rares et non vénériennes de la vulve et du vagin (*Archiv. de tocologie*, 1885).
- DEUTSCH, Tuberculosis verrucosa cutis (*Verh. der ungar. Ges. der Aertze zu Budapest*, 1901).
- DEUTSCH, *Lupus papillaire hypertrophique de la plante du pied* (Soc. Viennoise de dermat., 23 février 1898).
- DEZWARTE, *Lupus des vieillards* (thèse Lille, 1891-1892).
- DIMITROFF, *Contribution à l'étude du lupus et des ulcérations tuberculeuses de la région ano-rectale* (thèse Montpellier, 1896-97).
- DOUTRELEPONT, Ueber Haut und Schleimhauttuberkulose (*Deutsch. Mediz. Wochen*, 1892).
- *Lupus dissimulatus* (*Archiv. für dermat.*, t. XXIX, 1894).
- DUBOIS-HAVENITH, *Du lupus vulgaire spécialement étudié au point de vue de son étiologie, de sa pathogénie et de son traitement* (thèse d'agrégation Bruxelles, 1890).
- DUBREUILH, Tuberculosés cutanées (*Traité des Maladies des enfants*, Grancher, Comby, Marfan, 2^e édit., 1906).
- *Précis de dermatologie*, 2^e édit., collection Testut.
- *Rapport sur la blastomycose* (Congrès de dermatologie de Berlin de 1904).
- DUBREUILH et AUCHÉ, De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe (*Archiv. de méd. expérimentale*, 1890).
- DURANTE, *Un cas de tuberculose cutanée occasionnée par un oiseau* (Soc. de Biologie, 1896).
- EISELSBERG, Beitrag zur impftuberkulose des Menschen (*Wien. med. Wochen.*, 1887).
- ELLIOT, Tuberculosis verrucosa cutis (*Journ. of Americ. med. Association*, 1889).
- ELSENBERG, Inoculation der tuberculosa bei einem kinde (*Berlin. Klin. Wochen.*, 1886).
- EHRMANN, *Lupus papillaris* (Soc. Viennoise de dermatol., 19 mai 1897).
- *Lupus verrucosus* (Soc. Viennoise de dermat.; *Archiv. für dermatol.*, 1901).

- EHRMANN, Tuberculosis verrucosa cutis (Soc. Viennoise de dermat., 27 mai 1903; *Archiv. fur dermat.*, 1903).
- ETIENNE, Etude clinique, anatomo-pathologique et pathogénique sur la tuberculose verruqueuse (*Revue médicale de l'Est*, 1894).
- EVE, Tuberculosi lymphangitis of the arm (*The Clinical Society's first meeting*, octobre 1894).
- EYNARD, *Traitement chirurgical des tubercules cutanées* (thèse Paris, 1898-1899).
- FABRY, Tuberculose verruqueuse chez les ouvriers qui travaillent dans les mines de houille (*Archiv. fur dermat. u. syphil.*, 1900).
- FAURE, Tuberculose cutanée (*Traité de Chirurgie Le Dentu-Delbet*, 1896).
- FIGUET, *Lupus de la région vulvo- anale* (thèse Paris, 1876).
- FINGER, Ueber die sogenannte Leichenwarze (*Deutsch. med. Woch.*, 1888).
- Lupus disseminatus partim verrucosus (*Verh. der Wien. dermat. Gesell.* Analyse in *Archiv. fur dermat. u. syphil.*, 1905, t. LXXVI).
- FORCHLAMMER, Lupus verrucosus (*Sitzungsberichte Danische dermat. Gesell.*, 3 février 1904).
- FORDYCE, Tuberculosis verrucosa cutis (*Journ. of cut. and gen. urin. diseases*, 1891).
- The pathology diagnosis. special prophylaxis and treatment of tuberculosis of the skin (*New-York medical Journal*, t. LXXIII, 1901).
- FOUBARD, *Etude sur le traitement des lupus des membres et en particulier du lupus verruqueux par le râclage et l'ablation au bistouri* (thèse Paris, 1894-1895).
- FOURNIER, *Tubercule anatomique, lymphangite et foyers gommeux* (Soc. med. Hôp. Paris, 1888).
- FOX, Tuberculosis verrucosa cutis (*Journal of cutan. and genit. urin. diseases*, 1891).
- A case of lupus verrucosus (*New-York dermat. Society*, avril 1904; *Journ. of cut. and gen. urin. diseases*, 1904).
- FRATALLI, Tuberculose verruqueuse de la muqueuse vaginale (*Clinico dermatosifil. della R. Univ. di Roma*, juin 1904).
- FRÈCHE, Tuberculose cutanée (*Mercure Médical*, 5 juin 1895).
- FUNK-WARCHAU, Notiz uber Radikalbehandlung Zweien Fall von Lupus vulgaris mittelst Guajakolpin. selungen (*Monatsschrift fur Prakt. dermat.*, 1899, t. II).
- GASTOU et GIMENO, Tuberculose papillomateuse du doigt (*Ann. dermat.*, 1905).
- GAUCHER, Tuberculose verruqueuse (*Traité des maladies de la peau*, 1895; *Leçons cliniques*, 1906).
- GAUCHER et DRUELLE, Quelques cas de tubercules cutanées consécutives à la rougeole (*Gaz. des Hôp.*, 23 mai 1905).

- GEBERI, Eczéma avec efflorescences verruciformes ; Discussion Rosenthal, Blaschko, Saalfeld. Lippmann (*Berliner dermatol. Gesellschaft*, mars 1903).
- GERBER, Beiträge zur Casuistik der Impftuberkulose beim Menschen (*Deutsch. med. Wochen*, 1899).
- GIOVANNINI, Tuberculose inoculée par un peigne de tisserand (*Gaz. med. italiana*, 1902).
- GOROWITZ, De la tuberculose génitale chez la femme (thèse Paris, 1899-1900).
- GOTTHEIL, Tuberculosis verrucosa cutis (*Internat. Journ. of Surgery New-York*, 1906).
- GRANCHER, SCROFULIDES, in *Dictionnaire Dechambre*, 1880.
- GRATIA, La tuberculose humaine et celle des animaux domestiques sont-elles dues à la même espèce microbienne, le bacille de Koch ? (Congrès d'Hygiène de Bruxelles, 1903).
- GUISETTI, Ueber einem Fall von Tuberculosum anatomicum (*Monatschrift f. prakt. dermat.*, Bd XXXIX).
- HAHN, Traitement du lupus par les greffes épidermiques (*Centralblatt für Chirurgie*, 1883).
- Lupus des extrémités (*Archiv. für dermat. u. syphil.*, 1890).
- HALLOPEAU, Etude sur les différentes formes de la tuberculose cutanée et leurs localisations (*Union Médicale*, 1893).
- Des trêves dans les manifestations cutanées de la tuberculose (III^e Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1893).
- Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1896).
- Discussion du cas de Danlos (Soc. de dermat. et syphil., 1899).
- HALLOPEAU et ECK, Cas de tuberculose suppurative végétante des os de l'hypoderme et des ganglions (*Ann. de dermat. et syphil.*, janvier 1903).
- HALLOPEAU et GOUPII, Lymphangite gommeuse (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1890).
- HALLOPEAU et KRANTZ, Sur un cas de tuberculides polymorphes (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1905).
- HALLOPEAU et LEREDDE, *Traité des maladies de la peau*.
- HANOT, Etude de la tuberculose cutanée (*Archiv. phys.*, 1886).
- HARDY, *Leçons sur les maladies de la peau*, 1858.
- *Traité des maladies de la peau*, 1860.
- *Les différentes variétés de scrofulides*, 1878.
- HARTMANN, Contribution à l'étude de la tuberculose anale (*Rev. de Chir.*, 1894).
- HARTMANN et QUÉNU, *Les maladies du rectum*, 1895.
- HARTTUNG, Tuberculosis verrucosa cutis (*Verh. der Breslauer dermat. Vereinig.* Analyse in *Archiv. für Dermat. u. Syphil.*, t. LXXIX, 1906).

- HARTZELL, Tuberculose humaine et bovine (*Journ. of Americ. med. Associat.*, 1898).
- HAUSHALTER, Deux cas de lichen scrofulosorum post-rubéoliques (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1898).
- HELLER, Tuberculosis verrucosa cutis (*Archiv. fur dermat. u. syphil.*, 1894).
- Ueber die Tuberculose infektion durch den Verdanngskanal (*Deutsch med. Woch.*, 1902).
- Fall von frambœsiartiger Tuberculose (*Berlin. Dermat. Gesellschafts.*, 8 mai 1906).
- HELLER et K. HIRSCH, Tuberculosis verrucosa cutis (*Archiv. fur Dermat. u. syphil.*, t. XXVI).
- HEYSE, Ueber tuberculosis verrucosa cutis (*Dermat. Zeitsch.*, 1894, t. 1).
- HOLST-AXEL, Inoculation accidentelle de la tuberculose à une femme (*Sem. Méd.*, 1885; Lettre de Norwège).
- HOWE, A case of tuberculosis verrucosa cutis (*Boston dermat. Soc.*, 1905; *Journ. of cut. Dermat.*, 1905).
- HUTCHINSON (J.), Lupus : its nature, varieties and treatment (*Transact. of British med. Association*, 1879).
- Leçons sur le lupus (*British med. Journ.*, 14 janvier 1887).
- HYDE-NEWINS, Tuberculose cutanée (III^e Congrès de dermat. et syphil. de Londres, 1896).
- JACKSON, Tuberculosis verrucosa cutis (*Journ. of cutan. and gen. urin. diseases*, 1891).
- JACQUOT, Traitement opératoire du lupus (thèse Paris, 1904-1905).
- JADASSOHN, Ueber inoculations lupus (*Archiv. Virchow.*, 1890).
- Des formes de la tuberculose cutanée (*Sem. méd.*, 1898).
- Maladies tuberculeuses de la peau (*Berlin. klin. Wochen.*, 1899).
- JEANNEL, Tubercule anatomique (Congrès de la tuberculose, 1888).
- JEANSELME, De l'inoculation secondaire de la peau par des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds (Congrès de la tuberculose, 1888).
- Inoculations secondaires à la peau (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1889).
- De l'inoculation et de l'auto-inoculation tuberculeuse consécutives aux plaies par morsure (*Recherches expérimentales et cliniques de la tuberculose*, 1892).
- JENSEN, Mennesket oy Koargets tuberkulose identiske? (*Maadneskrift for Dyrlaeger*, vol. XIII, p. 185).
- JOHNE, Congrès de Bruxelles, 1903.
- JONG, Congrès de Bruxelles, 1903.
- JOHNSTON, The cutaneous tuberculosis in Childhood (*The Americ. Journ. of med. sciences*, 1897).
- JOMIER, Tuberculose et accidents du travail (*Rev. de la Tuberculose*, 1906).

- JOSEPH, Tuberculosis verrucosa cutis (*Soc. Berlin. dermat.*, 3 décembre 1895).
- Ueber die Resorcin behandlung der lupus vulgaris und der tuberculosis verrucosa cutis (*Deutsch med. Wochen.*, n° 21, 1901).
- JOSEPH et TRAUTMANN, Ueber tuberculosis verrucosa cutis (*Deutsch. med. Wochen.*, 20 mars 1902).
- KAISER, Lupus verrucosus (*Verh. der Breslauer dermat. Verein.*; Analyse in *Archiv. fur dermat. u. syphil.*, t. LXXIX, 1906).
- KAPOSI, Ueber die papillaren Neubildungen der Haut (*Viertelj. fur dermat. u. syphil.*, 1869; *Archiv. fur dermat. u. syphil. Heft Prag.*, 1889).
- Lupus vulgaris verrucosus (*Archiv. fur dermat. u. syphil.*, t. XXXIX).
- KARG, Tuberkulacillen in einem sogn. Leichentuberk. (*Centralblatt fur Chirurgie*, 1885).
- KLOTZ, Lupus verrucosus (*Soc. de Dermat. de New-York*, 1890; *New-York Dermat. Society*, 226^e meeting, 1894).
- KNICKENBERG, Ueber tuberculosis verrucosa cutis (*Archiv. fur dermat. u. syphil.*, XXVI, 1892).
- KOHN, Tuberculosis verrucosa cutis (*Archiv. fur dermat.*, septembre 1906, t. LXXXI, p. 410).
- KONTRIN, Lupus du scrotum à tendance épithéliomatoïde (*Soc. de dermat. et vénéréol. de Moscou*, 1892).
- KRAUSE, Tuberculose bovine inoculée accidentellement (*Munch. med. Woch.*, 1902).
- La soi-disant blastomycose de la peau (*Monat. fur Prakt. Dermat.*, t. XLI).
- KREIBICH, Un cas de lupus verruqueux multiple (*Soc. de dermat. de Vienne*, 1898; *Archiv. fur dermat.*, 1898; *Soc. dermat. de Vienne*, 1901; *Archiv. fur dermat.*, 1901).
- KUSEL, Un cas de tuberculose verruqueuse (*Soc. de dermat. de Moscou*, 17 décembre 1904).
- KUTTNER, Ueber den lupus der Finger und Zehen, Kongress der Deutsch. Gesell. fur Chirurgie (*Centralblatt fur Chirurgie*, 1896).
- LAENNEC, *Auto-observation in Andral*, 4^e édition, 1837, Traité de l'auscultation médiate et des maladies du poulmon et du cœur.
- LALLIER et MATHIEU, Le lupus et les tuberculoses cutanées (*Archiv. de méd.*, 1888).
- LANG, Zur histologie der Lupus (Willam) (II. *Theil med. Jahrb.* (Stucker's) *Jahrg.*, 1876).
- Lupus papillomateux du pied. Excision, greffes de Thiersch (*Wien. Dermat. Gesell.*, 11 janvier 1899).
- Lupus traité par l'excision (Congrès de dermatologie, 1900; *Klinischetherapeutische Woch.*, 1900).
- LASSAR, La tuberculose verruqueuse de la peau et ses rapports

- avec la tuberculose bovine* (Soc. méd. de Berlin, 28 décembre 1901; Discussion : Liebreich, Blaschko, Virchow, Frankel).
- Ueber impftuberculose (*Deutsch. med. Wochen.*, 1902).
 - Ueber bovine impftuberculose (*Berlin. klin. Wochen.*, 1903).
 - Tuberculosis verrucosa cutis (*Berlin. med. Gesell.*, 20 mai 1903).
- LEAF, A case of lupus of the forehead, the right arm and the elbow treated by excision (*The Lancet*, 14 novembre 1903).
- LEFÈVRE, *Sur la tuberculose par inoculation cutanée* (thèse Paris, 1888).
- LEGRAND, *Traitement du lupus* (thèse Paris, 1896-97).
- LEJARS, Essai sur la lymphangite tuberculeuse (*Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose*, t. II, 1891).
- LELOIR, *Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes*, Paris, 1892. (On y trouvera l'indication de tous les travaux de cet auteur touchant la tuberculose verruqueuse ou ses complications.)
- LENGLET, *Lupus* (*Pratique dermatologique*, 1904).
- LÉPINE et TOLON, Tuberculose verruqueuse (*Lyon méd.*, 1904).
- LEREDDE, *Traité de thérapeutique dermatologique*, 1904.
- Tuberculosos cutanées (*Revue pratique des maladies cutanées et syph.*, 1903).
- LEREDDE et PAUTRIER, Tuberculose papillomateuse péri-anale (*Ann. de dermat.*, 1902).
- LESSER, Klinischer Beitrag zur Lehre von tuberkulösen infection (*Fortschrift der med.*, 1887).
- MAC LEOD, Lupus verrucosus (*Dermat. Soc. of London*, 9 décembre 1903; *British Journ. of dermat.*, janvier 1904).
- Tuberculosis cutis following measles (*British Journ. dermat.*, mars 1906).
- LINDMANN, Ein Beitrag zur Frage von der contagiosität der Tuberc. (*Deutsch. med. Wochen.*, 1883).
- LITTLE, (Graham), Tuberculosis verrucosa cutis (*Dermat. Soc. of London in British Journ. Dermat.*, juillet 1906).
- Multiple tuberculosis verrucosa cutis (*Dermat. Soc. of London*, février 1906; in *British Journ. dermat.*, mars 1906).
- LOMBARDO, Tuberculosos cutanées (*Giorn. ital. della mal. ven. e della pelle*, t. II, 1905).
- LOGOTHETOPOULOS, Ueber die Tuberculose der vulva (*Archiv. für Gynecologie*, 1906, n° 1).
- LONGUEVILLE, *Du polymorphisme des manifestations tuberculeuses de la peau* (thèse Paris, 1890-1891).
- LOUSTAU, *Des tuberculosos cutanées consécutives aux fièvres éruptives et en particulier à la rougeole* (thèse Paris, 1901).

- LYOT et GAUTHIER, Tuberculose cutanée (*Bull. Soc. Anatom.*, Paris, 1888).
- MACKENZIE, Papillome professionnel causé par la créosote (*Dermat. Soc. of London*, juillet 1898).
- MALHERBE, Un cas de tuberculose verruqueuse chez un boucher (*Gaz. heb. de Nantes*, 12 novembre 1904).
- MALCOLM-MORRIS, Tuberculose papillomateuse de la peau (*Journ. of cut. and gen. urin. diseases*, octobre 1886).
- MARFAN, De l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la phtisie pulmonaire (*Archiv. de méd.*, avril-mai 1886).
- MARTIN DU MAGNY, *Inoculations tuberculeuses chez l'homme* (thèse Paris, 1885).
- MARSCHALLO, Tuberculosis verrucosa cutis (*Naturwiss. aerzlich sect. des Leibenburger museumvereins*, 1903, D. C., mai 1903, p. 252).
- MATZENAUER, Lupus verrucosus (*Verh. der Wien. dermat. Gesells.*, 1900; Analyse in *Archiv. fur dermat.*, 1900).
- MAUGLAIRE, Rôle du système lymphatique dans l'infection tuberculeuse dans les différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses (thèse Paris, 1893).
- *Chirurgie générale des muscles, tendons, et de la peau*, Paris, 1901.
- MENEAU, Sur la blastomycose cutanée (*Ann. de dermat.*, 1902).
- MENSA, Cas rare de maladie de la peau (*Archiv. fur dermat.*, septembre 1904).
- MEWBORN, Tuberculosis verrucosa cutis (*New-York dermat. Soc.*, 24 avril 1906, in *Journ. of cutan. and dermat.*, 1906).
- MERKLEN, Inoculation tuberculeuse localisée aux doigts, lésions secondaires de l'ordre du tubercule anatomique. Lymphangite tuberculo-gommeuse consécutive (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1885).
- Tubercule anatomique et inoculations tuberculeuses. Revue analytique (*Ann. de dermat.*, 1885).
- Analyse du travail de Riehl et Paltauf (*Ann. de dermat.*, 1886).
- METSCHERSKI, Tuberculosis verrucosa cutis (*Soc. de vénéréol. et dermat. de Moscou*, mars 1902).
- MILLER, A new treatment for tuberculosis of the joints and skin. (*The Edinburg med. and surgic. Journ.*, février 1894).
- MONTGOMMERY (Franck-Hugh), Blastomycose cutanée (*Journ. of americ. med. Associat.*, 7 juin 1902).
- MOREL-LAVALLÉE, Deux cas de tuberculose verruqueuse de la peau. Du traitement iodoformé appliqué par la méthode hypodermique à la scrofule cutanée non ulcéreuse (*Ann. de dermat.*, 1888).
- Scrofulo-tuberculose (*Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, 1888).

- MORESTIN, Tuberculose verruqueuse périanale (*Bull. Soc. anat. Paris*, avril 1902).
- *Les grands décollements en chirurgie réparative* (Congrès de Chirurgie, 1902).
 - Lupus digital traité par la décortication (*Bull. de la Soc. anatom.*, novembre 1904).
 - Lupus de la face dorsale de la main et des doigts (*Bull. Soc. anat. Paris*, février 1905).
 - Tuberculose ulcéreuse de la main (*Bull. Soc. anatom.*, 1906).
- MORROW, Tuberculose papillomateuse de la peau (*Journ. of cutan. and genit. urin. diseases*, octobre-novembre 1888).
- MOSCHINI, Tuberculosis verrucosa cutis (*Clinica dermosifil. della R. Universit. di Roma*, juin 1889).
- MOUTOT, voir NICOLAS.
- MOYNIHAN, tuberculosis verrucosa cutis (*The British med. Journ.*, 1897).
- MUENCHHEIMER, Lupus linguæ et faciei (*Stereoskopischer, Atlas von Neisser*, 1895, Lief. V).
- MURRAY, Second contribut. the study of ulcerat. lesions of the vulva called lupus or esthiomène (*Americ. Journ. of obstetrics*, juin 1902).
- NÉLATON, *Traitement chirurgical du lupus* (Société de dermatologie, 8 juin 1899; Congrès de dermatologie, Paris, 1900).
- NEISSER, *Ziemsseris Handbuch der spec. Path. und Therap.*, 14 Band (Discussion de divers cas présentés).
- NÉMORIN, *Tuberculisat. des cicatrices* (thèse Montpellier, 1904).
- NEUMANN, *Lupus vulgaire papillaire hypertrophique* (Soc. Viennoise de dermat., 18 avril 1894).
- *Lupus papillaris hypertrophique* (Société Viennoise de dermat., 12 janvier 1898).
 - Lupus papillosus (*Arch. fur dermat.*, 1898, p. 412).
 - Tuberculosis verrucosa cutis (*Verhand. des Wien. dermat. Gesells.*, 1903; *Arch. fur dermat.*, 1903).
- NICOLAS et FAVRE, Cellules géantes et follicules syphilitiques dans les syphilis tertiaires cutanées (*Lyon méd.*, 1907; *Ann. des mal. vénér.*, 1907).
- NICOLAS et MOUTOT, Tuberculose verruqueuse du coup de pied droit d'origine bovine probable (*Lyon méd.*, 24 février 1907).
- Tuberculose verruqueuse. Excision, greffes d'Ollier, guérison (*Lyon méd.*, 1907).
- NOBL, *Tuberculose papillomateuse de la peau* (Soc. Viennoise de dermat., 25 novembre 1896).
- Lupus verrucosus mit exanthematische (*Verhand. der Wien. dermat. Gesells.*, 1905. Analysé in *Archiv. fur dermat.*, t. LXXVI, 1905).
 - Lupus verrucosus disseminatus (*Verhand. der Wien. dermat. Gesell.*; Analysé in *Archiv. fur dermat.*, 1906).
- OLYMPITIS, *Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle*

- avec la tuberculose pleuro-pulmonaire (thèse Montpellier, 1889).
- OPPENHEIM, Blastomycose (*Wien. dermat. Gesells.*, 18 mai 1903; *Wien. med. Presse*, 1905, n° 18).
- ORLANDI, Un caso di tubercolosi cutanea (Analyse in *Archiv. fur dermat.*, t. XXXII, p. 428).
- ORMSBY, Tuberculosis verrucosa cutis (*Chicago dermat. Soc. Journ. of cutan. dermat.*, décembre 1903).
- PALLIER, *Périfolliculites suppurées et agminées en plaques* (thèse Paris, 1888).
- PALM, Tuberculosis verrucosa cutis (*Archiv. fur dermat. u. syphil.*, 1896).
- PARDO REGIDOR, Lupus papillomatoso en el dorso de la mano derecha (*Revista de med. y cirur. pract.*, Madrid, 1895).
- PESME, *Traitement des tubercules externes fistulisés et des tubercules cutanés* (thèse Paris, 1900-1901).
- PFEIFFER, Tuberculose bovine inoculée accidentellement (*Zeitschrift fur Hyg.*, 1888).
- PERRIN et R. GÖPERT, Deux cas de tuberculose cutanée verruqueuse (*Archiv. de méd. des enfants*, septembre 1902).
- PERROT, *Contribution à l'étude des tubercules externes à foyers multiples de la seconde enfance* (thèse Bordeaux, 1890-1891).
- PERUGIER, *De la prétendue immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale* (thèse Lyon, 1891-1892).
- PLONSKI, Tuberculose verruqueuse par inoculation (Société Berlinoise de dermat., 17 mars 1896).
- A. POLLOSSON, Du tubercule anatomique (*Province médicale*, 1887).
- PONCET, Scrofulide végétante (*Lyon médical*, 1887).
- PRIOLEAU DE BRIVES, De la tuberculose cutanée et des lymphangites consécutives à la tuberculose osseuse (*Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, 1891).
- QUINQUAUD, Follicules agminées subaiguës (*Ann. de dermat.*, 1889).
- RAFFALI, *Contribution à l'étude des tubercules chirurgicales chez les lupiques* (thèse Montpellier, 1903).
- RAMOGINNI e SACERDOCE, Sopra un caso di tubercolosi papillomatosa cutanea (*Riforma medica*, 1904).
- RAVENEL, Three cases of tuberculose of the human skin inoculation with the bovine tubercle bacillus (*Philadelphia med. Journ.*, 1900; *Veterinary Journ.*, 1900).
- The comparative virulence of tubercle bacillus from human and bovine sources (*Univ. of Pennsylvania med. Bull.*, 1901; *The Lancet*, 1901).
 - The intercommunicability of human and bovine tuberculosis (*Pathol. Soc. of Philadelphia*, 1902).
 - A case of tuberculosis of the skin following accidental ino-

- culation with the bovine tubercle bacillus (*Proceedings of the pathol. Soc. of Philadelphia*, 1902).
- RAW, Human and bovine tuberculosis (*Seventy second animal meeting of the British medic. Associat.*).
- RAYMOND, Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée par inoculation directe (*France méd.*, 1886, t. II).
- RENAUT, Dermatoses, anatomie pathologique (*Dictionnaire Dechambre*).
- RENOUARD, *Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose* (thèse Paris, 1884).
- REVERDIN et MAYOR, Tubercule anatomique renfermant des bacilles (*Revue médicale de la Suisse normande*, 1888).
- G. RIEHL, Ueber eine neue Form der Hauttuberkulose (*K. k. Gesellschaft der Aertze in Wien. Sitzungsvorm*, 16 octobre 1885; *Wien. medicin. Blatter*, 1885; Analyse in *Ann. de dermat.*, par Merklen).
- *Contribution clinique et histologique à la tuberculose de la peau* (IV^e Congrès de dermat. de Breslau, 1894).
- Beitrage zur Kenntniss der Hauttuberkulose (*Wien. Klinis. Wochens.*, 1894).
- RIEHL et PALTALF, Tuberculosis verrucosa cutis (*Vierteljahres fur dermat.*, 1886; Analyse in *Ann. de dermat. par Merklen*, 1886; *Viertelj. fur dermat.*, 1888).
- RITZO, *Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée* (thèse Paris, 1887).
- ROCHETTE, *Rapports des tubercules cutanées et particulièrement du lupus disséminé avec la rougeole* (thèse Lille, 1905).
- ROBEFF, *Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau* (thèse Bordeaux, 1895-1896).
- ROSENTHAL, Tuberculosis verrucosa cutis (*Archiv. fur dermat.*, 1896).
- *Extirpation radicale du lupus* (Société Berlinoise de dermat., 1898).
- Tuberculose de la peau (*Archiv. fur dermat.*, 1898).
- ROUTIER et TOUPET, *Tuberculose verruqueuse périanale* (Congrès de la tuberculose verruqueuse, 1893).
- SACHS, Lupus hypertrophicus papillaris der linken unteren, extremitaten (*Verh. der Wien. dermat. Gesellsch.*, 1905; *Archiv. fur dermat.*, 1905).
- SACK, *Les tubercules de la peau* (XII^e Congrès internat. de Moscou, 1897).
- SALMON, Relations of human and bovine tuberculosis (*The Journ. of the Americ. med. Associat.*, 1902).
- SALZER, *Anzeiger der kk Gesells. der aertze in Wien.*, 1887; Analyse in *Viertelj. fur dermat.*, 1888).
- SAVILL, Tuberculosis cutis form verrucosa necrogenica (*The British Journ. of dermat.*, 1906).

- SANGUINETTI, Un caso di tubercoloso anatomico (*Giornal. ital. delle mal. ven. e della pelle*, 1887).
- SCHAMBERG, Tuberculosis verrucosa cutis (*Philadelphia dermat. Soc.*, 16 janvier 1906; *Journ. of cut. dermat.*, 1906).
- SCHULTZE, Ueber das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis bei Beryllenten (*Arch. für dermat.*, t. LXX).
- SCHWIMMER, *Les tuberculoses de la peau* (XII^e Congrès internat. de méd. de Moscou, 1897).
- SENISI, Della tubercolosi verrucosa dello cute (*Riforma medica*, 1900).
- SEVESTRE, Tuberculose cutanée infantile (*Ann. de dermat.*, 1890).
- SHELMIRE, Tuberculosis verrucosa cutis (*Journ. of cut. and genit. urin. diseases*, janvier 1906).
- SHOEMAKER (J.), Tuberculosis verrucosa cutis (*Journ. of cutan. and genit. urin. diseases*, 1890).
- SICK, *Rundschau a. d. Geh. Fleischbeschau*, 1901, n° 19.
- SKLAREK, Tuberculosis verrucosa cutis und lichen scrofulosorum (*Berlin. dermat. Gesellsch.*, mai 1905; *Dermat. Zeits.*, 1905).
- SPRONCK et HÆFNAGEL, Transmission à l'homme par inoculation accidentelle de la tuberculose bovine et réinoculation expérimentale au veau (*Semaine médicale*, 15 octobre 1902).
- SPIRE, Du lupus de la langue (*Archiv. cliniq. de Bordeaux*, 1895; thèse Bordeaux, 1895).
- SPITZER, Tuberculosis verrucosa cutis (*Verh. der Wien. dermat. Gesells.*, 1906, analyse in *Archiv. für dermat.*, 1906).
- STEINTHAL, Ueber Hauttuberkulose durch inoculat. und autonfection (*Deutsch. med. Wochens.*, 1888).
- STIEDA, Zur behandlung der lupus mit Hautexcision und Thiersch'scher Hautverpflanzung (*Brun's Beiträge zur klin. Chir.*, 1895).
- STRAUSS, *La tuberculose est-elle transmissible par la vaccine?* (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1885).
- SURA, Il lupus-da causa vulgaris professionale (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, 1904).
- TANAKA, Ueber impfversuche der Hauttuberkulose (*Japanische Zeitschrift für Dermat. u. Urologie*, 1904).
- TARDIVEL, *Contribution à la tuberculose d'origine cutanée* (thèse Paris, 1890).
- THESEN, *Tidskrift för pratisk. med.*, 1886, d'après Virchow Hirsch.
- THIBAUDET, Lupus verrucosus (*Medical Record*, novembre 1895).
- THIBIERGE, La tuberculose cutanée (*Revue des Sciences médicales*, 1891).
- Tuberculosos cutanées (*Traité de médecine*, Charcot-Bouchard).
- SANCHEZ TOLEDO, *Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire* (thèse Paris, 1887).

- TORKOMIAN, *Tubercule anatomique* (Congrès de la tuberculose, 1888).
- TOURNIER, voir CORDIER (*Province médicale*, 6 avril 1889).
- TROJE, Tuberculose bovine (*Munch. med. Wochens.*, 1903, n° 10).
- TSCHERNING, Tuberculose cutanée (*Fortschritte der med.*, 1885).
- *Sur deux cas d'inoculation tuberculeuse chez l'homme* (Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1888).
- TUFFIER, Un fait d'inoculation tuberculeuse chez l'homme (*Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, 1888).
- ULMANN, Lupus papillaris (*Soc. Viennoise de dermat.*, 5 mai 1897).
- Tuberculosis verrucosa cutis (*Archiv. für dermat.*, t. LXVI, 1903, p. 443).
- Tuberculosis verrucosa manus utriusque (*Archiv. für dermat.*, t. LXVII, 1903, p. 293).
- UNNA, *Die Histopathologie der Hautkrankheiten*, 1894).
- VALLAS, *Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau* (thèse Lyon, 1887-88).
- VAUTRIN, Tuberculose verruqueuse (*Soc. de méd. de Nancy ; Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1896).
- VERCHÈRE, *Des portes d'entrée de la tuberculose* (thèse Paris, 1884).
- Morsure par un sujet tuberculeux. Apparition au point blessé d'un tubercule anatomique (*Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, 1887).
- VERESS, (Franz von), Ueber lupus postexanthematicus (*Monat. für prakt. dermat.*, 1905).
- VERNEUIL, Cas d'inoculation tuberculeuse probable pendant une autopsie (*Bull. Acad. de Méd.*, 1884).
- *Tubercule anatomique* (Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1888).
- VIDAL, Du lupus (*Tribune médicale*, 1879).
- Du lupus scléreux (*Ann. de dermat.*, 1883).
- VICTOR MICHEL, *Le rhumatisme tuberculeux et les tuberculosés cutanées* (thèse Lyon, 1903-1904).
- WAHL, Neue Fälle von impftuberculose beim Menschen (*Centralblatt für Chir.*, 1886).
- WARDE, Lupus vulgaris (*Dermat. Soc. of Great Britain British Journ. of dermat.*, janvier 1904).
- WEIDENFELD, Tuberculosis verrucosa cutis (*Archiv. für dermat.*, 1905, t. LXXVII; *Archiv. für dermat.*, 1906, t. LXXXI).
- WEIGERT DE BRESLAU, Tuberculosis vaginæ (*Virchow's Archiv.*, t. LXVII).
- WEIL CARL, Ueber das entzündliche Hautpapillom. (*Vierteljahr. für dermat.*, 1874).
- WHITE, Tuberculosis of skin (*Medic. Record*, 1891; *Americ. dermat. Associat.*, 23 septembre 1871).
- WHITFIELD, Multiple tubercular affections (*Dermat. Soc. of London*, 13 mai 1903; *British Journ. of dermat.*, juin 1903).

- WICKHAM, Scrofulo-tuberculose (Soc. de dermat. et syphil. de Paris, in *Ann. de dermat.*, 1894).
- WICKAM, Lupus vulgaire et lupus verruqueux chez le même malade (*British Journ. of dermat.*, 1890).
- WILHEM, Tuberculosis verrucosa cutis (*Verhand. der Wien. dermat. Gesells.*, 1901).
- WILD, Causes de l'inoculation tuberculeuse de la peau (*British med. Journ. of dermat.*, 1899).
- WOLKMANN, *Chirurgie du lupus* (Verhandlungen des XIV Deutschen Chirurg. Congress).
- WOLTERS DORF DE GREISWALD, Herlinig lokaler Hauttuberkulose (*Deutsch. med. Wochens.*, 8 octobre 1896).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	XI
CHAPITRE PREMIER. — DÉFINITION	I
CHAPITRE II. — HISTORIQUE.	5
I. La tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf. — II. Travaux antérieurs à Riehl et Paltauf. Nature tuberculeuse du tubercule anatomique. — III. La tuberculose verruqueuse depuis Riehl et Paltauf. Formes qui s'y rattachent. Synonymie	
CHAPITRE III. — ÉTIOLOGIE.	22
I. Fréquence. — II. Modes d'inoculation de la peau : 1° <i>Inoculation primitive</i>. — Origine humaine. — Origine animale. — Terrain. — L'inoculation primitive de la tuberculose cutanée en pathologie générale. — 2° <i>Auto-inoculation secondaire</i>. — Auto-inoculation secondaire à distance par voie externe. — Auto-inoculation secondaire à l'ouverture à la peau de lésions tuberculeuses sous-cutanées ou profondes. — Origine lymphatique. — Origine hématique. — III. Conditions étiologiques accessoires. — Profession. — Distribution géographique. — Race. — Sexe. — Age. — IV. Parallèle étiologique du lupus vulgaire et de la tuberculose verruqueuse. — V. Conclusions.	
CHAPITRE IV. — ÉTUDE CLINIQUE	77
I. La plaque verruqueuse. — Aspect. — Modification d'aspect. — Evolution. — Formes. — Siège. — Tuberculose verruqueuse de la peau. — Influence du siège sur la forme verruqueuse de la tuberculose cutanée. — Tuberculose verruqueuse des muqueuses dermo-papillaires. — Langue. — Commissures labiales. — Vulve. — Vagin. — Région ano-rectale. — II. — Formes cliniques de la tuberculose verruqueuse. — 1° Formes d'inoculation primitive. — Le tubercule anatomique. — Le lupus scléreux de Vidal et Leloir. — La tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf. — 2° Formes	

d'auto-inoculation secondaires. — Auto-inoculation chez les tuberculeux pulmonaires. — Tuberculose secondaire à l'ouverture cutanée de foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds. — Tuberculose verruqueuse secondaire au lupus éléphantiasique. — Tuberculose verruqueuse post-exanthématique. — III. Rapports clinique de la tuberculose verruqueuse avec les autres formes de tuberculose cutanée. — IV. Conclusions.

CHAPITRE V. — PRONOSTIC 141

I. Propagations lymphatiques. — II. Généralisations viscérales. — III. Conclusions.

CHAPITRE VI. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE 173

I. Anatomie pathologique. Lésions histologiques. Epiderme. — Derme. — Formes histologiques. — Spécificité des lésions histologiques. — Epithéliomas papillaires. — Syphilis. — Blastomycose. — II. Etude bactériologique. — Recherche directe. — Inoculations. — Autres méthodes de diagnostic bactériologique. — III. Monographie de la tuberculose verruqueuse. — Cause de la forme verruqueuse. — IV. Conclusions.

CHAPITRE VII. — DIAGNOSTIC 204

Verrues. — Papillomes. — Novus verruqueux. — Syphilis. — Epithélioma. — Psoriasis. — Lichen. — Dermatomycoses. — Trichophyties. — Blastomycoses. — Actinomycoses. — Dermatoses exotiques. — Conclusions.

CHAPITRE VIII. — TRAITEMENT 233

I. Traitement interne. — II. — Traitement local. — Raclage. — Cautérisation ignée. — Méthodes nouvelles. — III. — Traitement chirurgical. — Discussion. — Recherches. — Suture, réunion par première intention. — Cicatrisation spontanée. — Greffes d'Ollier Thiersch. — Méthode indienne. — Méthode italienne. — IV. Conclusions.

CHAPITRE IX. — OBSERVATIONS 265

CONCLUSIONS GÉNÉRALES 305

BIBLIOGRAPHIE 309

